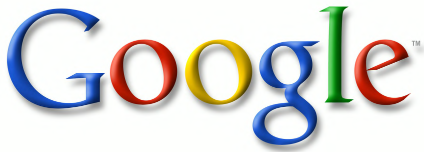


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

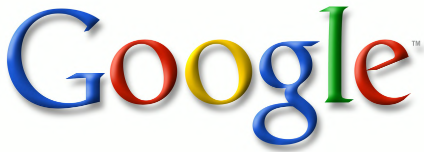
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/




**A propos de ce livre**

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

**Consignes d'utilisation**

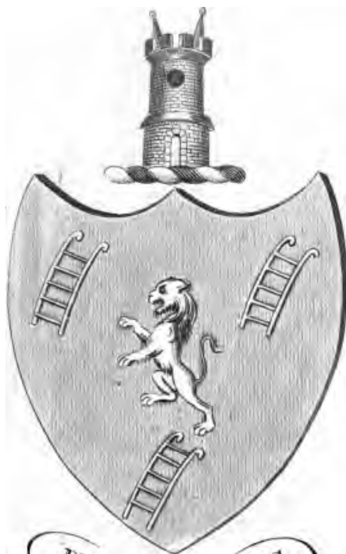
Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

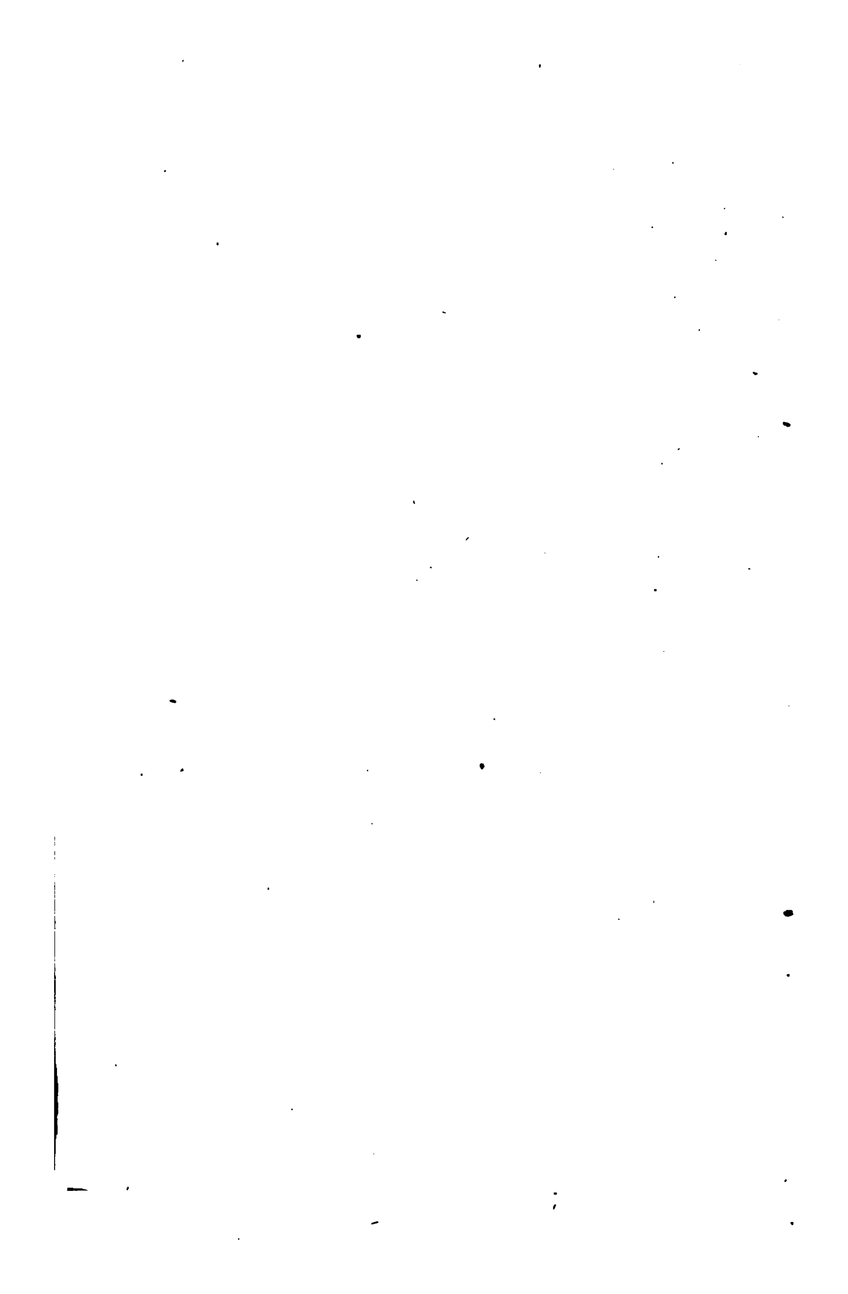
**À propos du service Google Recherche de Livres**

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`



DR. B. JOY JEFFRIES.





ANNALES

# D'OCULISTIQUE.

Bruxelles. — Imp. de N.-J. Gregoir, rue au Lin, 20.

# ANNALES

# D'OCULISTIQUE,

PUBLIÉES

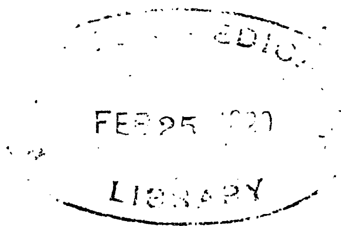
Par le docteur FLORENT CUNIER,

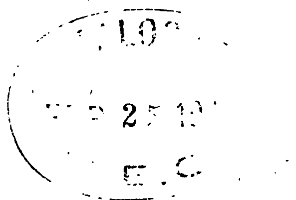
Médecin-oculiste, chirurgien du Dispensaire ophthalmique de Bruxelles, ancien médecin militaire, rédacteur en chef du Bulletin médical Belge et de l'Encyclographie des Sciences médicales, membre des Académies et sociétés de médecine d'Anvers, Berlin, Bordeaux, Bruges, Bruxelles, Gand, Hoorn, Lisbonne, Lyon, Malines, Mons, Montpellier, Nouvelle-Orléans, Paris, Rotterdam, etc.

## Ier VOLUME SUPPLÉMENTAIRE.

REVUE OPHTHALMOLOGIQUE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE DES ANNÉES 1840 ET 1841.

BRUXELLES,
CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
13, Montagne Ste-Élisabeth.
1842.





Ce volume a pour but de combler une lacune que présentaient les *Annales d'Oculistique.*

Une section de ce recueil est destinée à faire connaître et à rapprocher les faits opthalmologiques épars dans les divers recueils qui embrassent l'universalité de la science ; mais il m'a été

impossible, depuis deux ans, de la remplir convenablement, les articles originaux qui m'ont été adressés ayant presque sans cesse absorbé mes colonnes.

Ma *Revue ophthalmologique de la littérature médicale des années* 1840 *et* 1841, constitue donc avec mes *Annales*, fondées en 1838, une histoire des progrès de l'Oculistique pendant les dernières années.

Mon livre n'était pas entièrement imprimé que déjà j'avais reconnu plusieurs omissions. Mais une œuvre semblable est si longue, si pénible, que l'on ne pourrait sans injustice me reprocher les quelques imperfections qu'elle présente.

Le concours de mon digne ami M. le docteur Fleussu m'a été de la plus haute utilité ; les recherches auxquelles il s'est livré, pour venir à mon secours, ont été parfois bien difficiles, bien ennuyeuses ; qu'il reçoive ici l'expression de ma profonde gratitude pour son assistance aussi intelligente qu'empressée.

J'ai adopté pour l'exposition des travaux que j'avais à analyser, la classification suivie par M. Stœber, dans son *Manuel d'Ophthalmologie*.

Dans le premier chapitre, je donne l'histoire de ce qui a été écrit sur les maladies des organes lacrymaux; les faits qui se rapportent aux maladies de l'orbite ont été rassemblés dans le second. Les notions nouvelles applicables aux affections des paupières, figurent dans le troisième.

Le quatrième chapitre montre ce que l'on a fait pour les maladies du globe de l'œil; dans le cinquième j'ai exposé les quelques recherches auxquelles on s'est livré sur l'action et la préparation de quelques médicaments en usage dans la thérapeutique oculistique.

Je me suis cru obligé de consacrer un chapitre spécial à l'histoire de la myotomie oculaire, et à l'exposition des diverses méthodes recommandées pour la pratiquer; j'ai terminé en parlant des applications qui en ont été faites au traitement de la myopie, de l'amaurose et de la kopiopie.

Je n'ai point traité *in extenso* du strabisme et de la myotomie oculaire, en général, parce que cela m'eût nécessairement entraîné au-delà des bornes que je m'étais imposées; je me pro-

pose d'ailleurs, de publier incessamment un long mémoire sur ce sujet.

Quelques rapprochements que j'ai été contraint de faire, quelques citations que j'ai dû exhumer, blesseront nécessairement l'amour-propre de certains écrivains. Je leur dirai avec Montaigne : *Je ne juge pas, je raconte.*

Si j'ai parlé à la troisième personne, toutes les fois qu'il a dû être question de mes travaux, c'est que la nature du sujet m'en imposait l'obligation.

Je ne me suis occupé que des publications sur la nosologie et la thérapeutique oculaires; je renvoie pour l'histoire de l'anatomie et de la physiologie de l'œil et de ses annexes, aux articles que M. Fleussu y a récemment consacrés dans mon journal.

Docteur Florent Cunier.

Bruxelles, 30 janvier 1842.

# REVUE
## OPHTHALMOLOGIQUE
DE
## LA LITTÉRATURE MÉDICALE
DES ANNÉES 1840 ET 1841.

### § I. Maladies des organes lacrymaux.

A. *Encanthis carcinomateux.* — L'observation suivante, rapportée par un professeur de Palerme, M. Placido Portal (*Il Filiatre Sebezzio*), est remarquable sous le rapport du volume énorme que la tumeur a acquis en peu de temps.

**Obs. — Le nommé Ferrante, âgé de 54 ans, entra**

à l'hôpital militaire de Palerme dans le mois de janvier 1840, pour y être traité d'une ophthalmie aiguë, d'un encanthis inflammatoire et d'un abcès lacrymal du côté droit. L'ophthalmie disparut en peu de temps sous l'influence des saignées locales et générales ainsi que des émollients; l'abcès s'ouvrit également et se cicatrisa bientôt après. Mais l'encanthis, loin de diminuer, fit de rapides progrès, et malgré tous les traitements employés, tels que sangsues, émollients, pommade de belladone, décoction de salsepareille, calomel associé à l'opium, laxatifs, collyres astringents et laudanisés, vésicatoires, etc., il ne cessa de s'accroître au point d'égaler bientôt le volume d'une orange. On reconnut alors l'inutilité des moyens médicamenteux et la nécessité de recourir à l'extirpation; elle fut facile en enlevant tous les tissus altérés, de la manière la plus exacte, et sacrifiant même, pour plus de sûreté, la moitié de la paupière inférieure, à laquelle adhérait intimement la tumeur, et que l'on remplaça extemporanément par un lambeau pris sur la joue. La masse enlevée était lardacée et cérébriforme; elle pesait environ une livre et demie.

La plaie ne tarda pas à présenter des fongosités suspectes que l'on chercha inutilement à réprimer par des applications de caustique répétées plusieurs fois. La tumeur se manifesta de nouveau et acquit bientôt le même volume qu'avant l'opération. Irrégulière, bosselée à sa surface, saignant au moindre contact, elle causait des douleurs intolérables. Pour complaire au malade, M. Portal consentit encore à faire une opération dont il connaissait toute l'insuffisance, car pendant l'extirpation même, on put voir que l'étendue des racines qui occupaient tout l'orbite et le maxillaire supérieur ne permettait pas l'ablation complète des parties malades. Dès le troisième jour, la récidive s'était déclarée dans le

fond de la plaie; le malade, vaincu par la douleur, arrachait lui-même les fongosités les plus exubérantes....

L'inutilité des moyens chirurgicaux étant désormais bien constatée, on s'en tint aux palliatifs, et le malade succomba le 23 février 1841. La pièce pathologique est conservée dans le cabinet de l'université de Palerme. (*Gaz. méd.*)

B. *Maladies du canal lacrymal et du canal nasal.* — Une observation de fistule lacrymale recueillie dans le service de M. Maisonneuve, a fourni à M. Rognetta (*Gaz. des Hôpitaux*, 1841), l'occasion de se livrer à des réflexions bien sages sur le traitement de cette affection. Il s'agissait d'un homme sur lequel on avait depuis deux ans épuisé inutilement les remèdes que l'auteur appelle les *meilleures ressources de l'art*, savoir, sangsues au nombre de 60, fumigations par les narines, injections d'Anel, pommades astringentes, etc. Désespérant de cette méthode, le chirurgien a employé une première fois le bistouri et la canule, laquelle, ayant déterminé des accidents, a dû être retirée; puis une seconde opération pareille, laquelle n'a pas mieux réussi; enfin le malade était encore à traiter comme dans le principe.

« Je me suis élevé il y a longtemps, dit M. Rognetta, contre ce système généralement adopté de traiter les tumeurs et fistules lacrymales (*Voir* mon Cours d'ophthalmologie, p. 453); système faux, basé sur des principes erronés, qui exaspère ou pallie la maladie sans la détruire. Je suis à même aujourd'hui d'appuyer sur un plus grand nombre de faits ma manière de voir.

« On ne voit communément dans la tumeur ou fistule lacrymale qu'une simple affection mécanique.

Le canal est bouché, dit-on, il faut le désobstruer, le dilater. De là des sondes, des canules, des sétons en permanence, etc. L'organisme a beau se révolter contre une pareille conduite, par des réactions plus ou moins fâcheuses, par l'intolérance de ces moyens, par la reproduction presque constante de la maladie ; on ferme les yeux, on se contente de regarder le mal comme rebelle, et l'on continue la routine reçue. Quelques personnes plus réfléchies prescrivent, il est vrai, avant d'en venir au bistouri, un traitement qu'elles appellent antiphlogistique, et qui consiste, comme on vient de le voir, dans les sangsues appliquées sur la tumeur, des fumigations chaudes par le nez, etc., mais sans réfléchir que les piqûres sur les tissus enflammés agissent traumatiquement, exaspèrent le mal, et que la chaleur des fumigations opère dans le même sens en stimulant, en congestionnant les tissus. On ne vise, du reste, par tous ces moyens, qu'à un seul but : à déboucher le canal nasal ; et, lorsqu'on voit le mal marcher à grands pas vers la suppuration, on a recours au bistouri, triste ressource sur laquelle on disserte très-longuement aujourd'hui comme d'une chose de première importance.

« Cette pratique échoue presque constamment, et cela doit être; c'est qu'elle ne tient aucun compte de l'état dynamique de la maladie. Les personnes qui ont eu l'occasion d'examiner sur le cadavre les conditions de l'affection dont il s'agit, ont dû remarquer que le syphon lacrymal est généralement rétréci par le boursoufflement de sa membrane muqueuse, boursoufflement dépendant lui-même de l'inflammation chronique de sa substance, surtout de ses cryptes, et d'une sorte d'épaississement et d'infiltration du tissu sous-muqueux. On comprend

par là comment le cours des larmes doit être intercepté, et pourquoi les remèdes mécaniques ne peuvent que nuire, en augmentant par leur irritation les infiltrations et le boursoufflement. C'est comme si on voulait guérir l'aménorrhée par la présence d'un pessaire.

« Ces données devaient conduire à une tout autre pratique. J'ai pensé, en effet, qu'en combattant la condition dynamique, en dissipant la phlogose à l'aide d'un traitement énergique, on rétablirait la sécrétion des cryptes, et partant les fonctions naturelles du syphon.

« Depuis quatre à cinq ans que j'ai adopté cette pratique, j'ai guéri de la sorte tous les cas de tumeur ou fistule lacrymale qui me sont échus ; leur nombre est de huit ou neuf. Je puis citer, entre autres, le cas d'une dame qui m'a été adressée par M. Toirac en 1838, et dont la guérison se soutient parfaitement jusqu'à ce jour.

« Je suis maintenant à me demander s'il est des cas de fistule lacrymale simple dans lesquels l'opération sanglante soit indispensable? C'est ce que le temps fera connaître. Ma conviction, quant à présent, est qu'un chirurgien qui chercherait dans le fer et le feu le remède de la maladie serait tout aussi blâmable qu'un autre qui aurait recours à la taille, pouvant employer la lithotritie. »

M. Rigaud (*Bull. thér. Enc.*, 4ᵉ s., II, 589), conclut de quelques observations qu'il rapporte, que « chez les jeunes sujets un grand nombre de tumeurs lacrymales guérissent spontanément. » L'amélioration de la constitution, le développement des organes à diverses époques, lui paraissent avoir une bien plus grande importance que les fumigations, les lotions et les collyres.

Suivant M. Biangini (*Journ. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 1840), le traitement de la fistule lacrymale devrait reposer sur des bases absolument contraires à celles adoptées jusqu'à ce jour. Ainsi, pendant que tous les efforts des chirurgiens tendent à rétablir une libre communication entre les points lacrymaux et les fosses nasales, lui, au contraire, s'efforce d'oblitérer complétement les voies lacrymales dans toute leur étendue par une solide cicatrisation. La cautérisation du sac lacrymal serait donc le meilleur procédé à suivre pour la cure de la fistule lacrymale, et ce médecin appuie ses assertions sur sa longue pratique et celle du professeur Camicci. Voici le procédé qu'il propose : Après avoir ouvert le sac à la manière de Petit, on remplit sa cavité avec de la charpie enduite d'un corps gras et recouverte d'une couche de poudre de nitrate d'argent. On continue l'usage du caustique jusqu'à ce que le gonflement morbide ait disparu; il faut faire en sorte que la cicatrisation marche du fond vers les bords, en observant les préceptes indiqués pour les fistules à l'anus.

Le chlorure de chaux en solution a été employé avec succès en injections dans un cas de fistule lacrymale, par le docteur Ridder, chirurgien-major à Amersfort (*Nederlandsch Lancet*, 1840); des frictions eurent lieu en même temps au pourtour de l'ouverture fistuleuse avec un onguent composé d'une partie de calomel sur quatre d'axonge; le calomel a été donné à l'intérieur en même temps que des fumigations avec une infusion de fleurs de camomille ont été pratiquées. Trois semaines suffirent pour amener une cure qu'un traitement de plusieurs mois n'avait pu déterminer.

Nous avons reproduit une observation publiée

par M. Manzini (1), d'une fistule remarquable par son opiniâtreté et par l'exemple qu'elle fournit de l'insuffisance de la canule, et des accidents qu'elle est susceptible de produire. Nous avons aussi fait connaître les modifications qu'a fait subir M. Duval à la canule de Dupuytren (2). M. Bourjot St-Hilaire a présenté à la Société médicale d'émulation de Paris le même instrument, modifié à sa manière. C'est un tuyau métallique double, formé de deux canules engaînées l'une dans l'autre, et offrant les dimensions et la forme de la canule de Dupuytren. Le but que s'est proposé M. Bourjot, c'est de pouvoir, en cas d'obstruction, extraire facilement la canule intérieure et laisser en place l'extérieure.

## § II. Maladies de l'orbite.

A. *Inflammation du tissu cellulaire.* — Le fait suivant est rapporté par M. J. Thiry, dans les *Archives de la médecine belge* (août 1841), sous le titre impropre des *Abcès de l'œil;* il a offert ceci de très-remarquable que l'orbite est restée saine, bien qu'aucun des désordres qui accompagnent ordinairement le phlegmon du tissu cellulaire de l'orbite n'ait fait défaut.

« Obs.—Corneille Halemans, âgé de 19 ans, journalier, entra à l'hôpital St-Jean le 24 janvier 1839, et y

(1) Gaz. Hôp. 1840.—Ann. d'Ocul. III, p. 176.—Encycl., 4e, s., I 623.

(2) Ann. d'Ocul., III, p. 95. — Encycl., 4e s., p. 329.

succomba le 27 mars de la même année; d'un tempérament excessivement lymphatique, et d'une faible constitution; il ressentit, il y a trois semaines, un frisson suivi de chaleur et de transpiration; bientôt après, il survint de la douleur dans l'œil gauche et de la photophobie; les paupières de ce côté se gonflèrent, devinrent rouges et congestionnées; bientôt il y eut cécité par le rapprochement invincible de ces paupières; enfin la suppuration s'établit, et un pus crémeux commença à couler. A l'entrée du malade, l'œil gauche était enflammé; avec ses adhérences, il formait une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde; les paupières étaient d'un rouge livide, douloureuses à la pression, œdématiées, collées ensemble par du muco-pus; derrière l'inférieure se trouvait un abcès dont on fit écouler le pus par la pression. Le globe oculaire était gonflé, proéminent, poussé hors de l'orbite : on fit d'abord quelques mouchetures dans le sens des fibres de l'orbiculaire, pour dégorger ces parties; mais elles produisirent peu de succès, car la conjonctive oculaire s'enflamma à son tour; il se forma un chémosis; l'œil devint de plus en plus proéminent. On supposa que le pus provenait du coussinet graisseux qui tapisse le fond de l'orbite. On incisa le *chémosis*.

« Le 27 janvier, la maladie a fait des progrès; la pupille est très-irritable (? Red.); on reconnaît de la fluctuation à la partie externe du globe de l'œil.—On ordonne l'extrait thébaïque avec le calomel.

« Le 29, tache blanchâtre au centre de la cornée; cette tache paraît être une escarre. Les humeurs de l'œil ne semblent pas altérées; la suppuration s'établit à la partie externe du globe de l'œil. — Même traitement, c'est-à-dire, calomel et extr. théb. Quelques jours après, l'escarre qui était sur la cornée se détache.

l'humeur aqueuse se précipite par l'ouverture, après quoi le trou est bouché par un point blanchâtre globuleux; bientôt une membrane fine, de nature séreuse, traverse ce trou, et vient faire hernie; on suppose une hernie de l'iris.—On ordonne l'onguent de Janin avec l'extrait de belladone.

« Le 2 février, à la suite du lavage des salles, frisson, suivi de chaleur et de sueur; pouls dur, fréquent; la paupière supérieure devient rouge, érysipélateuse et sensible à la pression. On voit deux ulcérations dans la conjonctive oculaire au-dessous de la cornée : l'iris fait hernie. — Émollients. Il se déclare aussi une périostite aiguë du tibia gauche.

« Quelques jours après il se manifeste des symptômes d'embarras gastrique; la peau du front devient tendue, rouge, luisante, très-douloureuse. Ces symptômes se continuent pendant deux ou trois jours. On diagnostique une *péricranite* avec gastro-entéro-colite.—On a recours aux émollients et à la diète. L'œil est complétement perdu; l'iris fait toujours hernie; suppuration; paupières tuméfiées, d'une rougeur livide.

« Le 8, il s'était formé sur le front une tache blanchâtre; cette tache, deux jours après, se convertit en une escarre de la largeur d'un franc. Les parties qui environnent cette escarre sont d'un rouge-violacé. On ne peut pas diagnostiquer cette singulière affection. — Pansement sec.

« Les jours suivants de nouvelles escarres se forment encore, se détachent; après elles, des ulcères blafards paraissent; le périoste reste sain; fièvre; diarrhée; douleur abdominale.

« Ne pouvant, dans un cadre aussi restreint, suivre les progrès de cette gangrène, qui finit par envahir tout le cuir chevelu, et par emporter le malade, je vais

est très-liquide et comme mêlé de larmes. Une légère ecchymose existe à la paupière, mais l'œil lui-même est sain. Le malade se plaint de cécité complète à l'autre œil. L'examen cependant n'y fait pas découvrir la moindre altération : sa sensibilité au toucher, ainsi que ses mouvements étaient à l'état normal ; seulement la faculté visuelle était éteinte et la pupille dilatée au plus haut degré. Une chandelle allumée ayant été approchée de ce côté, le malade n'a pu la distinguer et la pupille est restée impassible. Le malade se plaint d'un léger mal de tête, mais ses réponses étant exactes, rien ne fait soupçonner de lésion dans le crâne.

Les os du nez, ayant été examinés soigneusement, n'ont offert aucune fracture. Aucune ecchymose, aucune lésion appréciable n'existe à l'orbite et à l'œil du côté droit. On panse la plaie avec des bandelettes adhésives et des compresses. On prescrit : jalap, 15 grains ; infusion de séné. Après la purgation : trois grains de poudre antimoniale toutes les six heures.

Le 30, délire, insensibilité, dyspnée. On diagnostique une méningite. Purgations répétées, fomentations froides sur la tête, saignée (16 onces) ; calomel et antimoine toutes les quatre heures.

Dans la soirée, convulsions, décubitus sur le côté gauche, bras et jambes fléchies et raides ; membres du côté droit en mouvement continuel ; respiration laborieuse ; la pupille du côté droit est contractée maintenant. Poudre de calomel appliquée sur la langue, le malade ne pouvant pas avaler les pilules. Vésicatoire à la nuque.

Le 31, même état ; œil droit immobile, mais conservant toujours sa sensibilité. On continue le calomel ; fomentations froides sur la tête ; vésicatoire pansé avec l'onguent mercuriel.

1er janvier. Respiration stertoreuse et fréquente ; dé-

cubitus dorsal; le spasme des membres du côté gauche a cessé; il y a hémiplégie de ce côté; le côté droit est tranquille; il y a chaleur excessive à la tête : 18 sangues aux tempes; sinapismes aux jambes.

Le 2, mort au milieu de convulsions.

*Autopsie*. On enlève la voûte crânienne et la dure-mère. Vascularité très-prononcée et infiltration abondante de lymphe entre l'arachnoïde et la pie-mère des deux hémisphères. On retire le cerveau; il est traversé d'une quantité inusitée de vaisseaux injectés. Les ventricules latéraux contiennent une grande quantité de sérum et de pus. En soulevant les lobes antérieurs, on les trouve adhérents à la dure-mère dans toute leur surface inférieure, moyennant de la lymphe plastique. On examine délicatement les nerfs optiques, et l'on trouve celui du côté droit complétement déchiré en travers; ses extrémités sont seulement jointes ensemble par une membrane mince, au niveau du trou optique. La base du cerveau, depuis la moelle allongée jusqu'à la commissure des nerfs optiques, est couverte d'une couche épaisse de lymphe plastique qui empêche de bien voir les racines des nerfs. A la partie postérieure du lobe antérieur droit, près de la blessure du nerf optique, le cerveau est broyé, ramolli et ecchymosé dans l'étendue d'un quart de pouce en surface, et d'un demi-pouce en profondeur. La cause de la lacération du cerveau et de la rupture du nerf optique est dans la portion cérébrale de l'ethmoïde et d'une partie du sphénoïde qui forme le plancher du trou optique. Un fragment osseux, isolé, a été trouvé attaché à la dure-mère qui couvre la partie antérieure de la selle turcique, au-dessus du sinus caverneux droit : il est évident que c'est cette portion osseuse qui avait déchiré le nerf optique et la substance cérébrale. Un examen minutieux de la plaie orbitaire a fait reconnaître l'exis-

tence d'un trou accidentel, par lequel un stylet a pu pénétrer librement jusque sur la brèche de l'ethmoïde dans le crâne. Il a été dès lors évident que l'instrument fériteur, que la tête du cheval avait poussé vers l'orbite de cet homme, avait dû être pointu, qu'il avait dû frapper violemment l'os *planum* en dedans de l'orbite, et était passé de bas en haut jusqu'à la lame cérébrale de l'ethmoïde, et avait blessé le nerf optique du côté opposé.

M. le docteur Rognetta a publié, à propos de cette observation (1), les réflexions suivantes :

« La science possède plusieurs faits analogues ; cependant celui-ci offre des conditions qui le rendent peut-être unique. La circonstance la plus remarquable, c'est la lésion directe du nerf du côté opposé à l'orbite blessée. On sait que le nerf optique peut être blessé directement dans l'orbite par un instrument pointu qui entrerait par l'angle externe de cette cavité. Dans cette partie, en effet, le nerf décrit une courbe à convexité externe qui le rend très-accessible ; mais on n'avait pas encore vu la lésion de la portion intra-crânienne du nerf d'un côté par un instrument poussé par l'angle orbitaire interne du côté opposé. Il est remarquable que dans toutes les lésions matérielles du nerf optique, bornées dans cette partie de l'appareil oculaire, le seul phénomène appréciable a eté l'amaurose pure et simple, le globe visuel ayant conservé toutes les apparences normales.

« Dans une dissection faite par Chéselden, et dans une autre pareille de Morgagni, le nerf optique

---

(1) Gazette des Hôpitaux, 1841, n° 32.

était depuis longtemps désorganisé par maladie spontanée, et pourtant l'œil conservait toute sa transparence, sa forme, son volume, sa vivacité normales ; seulement il avait perdu la faculté de voir. Cela confirme l'opinion qui regarde le nerf en question comme un nerf de sentiment, n'ayant aucune influence sur la nutrition de l'organe.

« Une autre circonstance non moins remarquable résulte de la petitesse de l'ouverture perforante, et par conséquent de l'instrument fériteur et des suites d'une pareille lésion. Rien n'indiquait d'abord que le cerveau eût été lésé, et pourtant un incendie fatal s'est allumé aussitôt après. Dupuytren racontait, dans ses cours, les faits suivants :

« Un ancien maître d'armes passe devant une caserne, et il ne peut résisterau désir d'entrer voir un de ses vieux camarades. Le maître d'armes de la caserne lui propose un assaut qu'il accepte avec plaisir. Ils se mettent en garde ; l'ancien maître reçoit un coup sur le masque, le fleuret boutonné perce la grille de celui-ci et le frappe à la base de la paupière supérieure, où il fait une petite plaie de peu d'importance en apparence ; le blessé tombe cependant ; on le porte à l'Hôtel-Dieu. Le surlendemain symptômes encéphaliques alarmants (délire, convulsions, fièvre, frisson, coma) ; mort le quatrième jour. A l'autopsie on trouve que la lame orbitaire du frontal avait été percée par le fleuret, et que le lobe correspondant du cerveau avait été percé.

« Le fils du général E..., élève à l'École polytechnique, éprouva absolument le même accident en faisant des armes ; il resta hémiplégique.

« Les annales de la science contiennent un assez grand nombre de faits pareils ou analogues, par suite d'un coup de canne (Ruysch, Bonnet), d'épée

(Borelli, Bell), de parapluie (Mackenzie), de flèche (Hortins), de fourchette (Massot), de perche (*Phil. trans.*), etc. J'ai observé moi-même un cas de blessure du nerf optique par un coup d'alène porté dans l'angle externe de l'orbite sur un garçon cordonnier au Marais. D'autres ont vu le même nerf être tout à fait rompu dans sa portion orbitaire par suite d'une luxation violente de l'œil, etc. »

C. *Tumeur encéphaloide de l'orbite.*—La relation suivante communiquée à la *Revue des Spécialités* (I, p. 441) nous a paru digne d'être mentionnée : Une fille de douze ans porte dans l'orbite gauche (30 mars 1840) une tumeur qui, depuis deux ans qu'elle a commencé à se développer, a fait des progrès continuels, et a déterminé peu à peu l'expansion du globe oculaire. Au début de ce déplacement de l'œil, la vision ne fut pas troublée, ce qui ne laissait aucun doute sur la non-participation de l'appareil oculaire à la maladie; mais, à partir du 15 avril, la vue commença à se troubler, et la perte de cette fonction ne fit qu'augmenter de jour en jour. L'opération fut décidée, et pratiquée par M. Velpeau, qui décrivit ainsi le manuel qu'il se proposait de mettre à exécution :

A partir du sommet de l'angle externe de l'œil, nous commencerons une incision que nous ferons bientôt contourner l'apophyse orbitaire externe pour continuer sa courbure vers le front. Cette incision, mieux qu'une incision droite, horizontale, partant du même point, nous facilitera le moyen de renverser en haut la paupière supérieure en totalité; résultat qui, en rendant plus aisées les manœuvres que nous aurons à exécuter dans

l'intérieur de l'orbite, favorisera d'autant l'exécution de l'opération. Dès que les adhérences périorbitaires de la tumeur auront été détruites, celle-ci sera saisie par une de ses bosselures avec une érigne, et, s'il y a moyen, on essayera de l'extirper seule sans toucher l'œil; s'il y a lieu, on extirpera le globe oculaire en même temps. Nous craignons même qu'il ne nous soit point possible de nous soustraire à cette dernière opération, car il nous paraît peu probable d'admettre que les muscles de l'œil et le nerf optique n'aient point été englobés dans la tumeur, et vous concevez combien dès lors la dissection partielle des bosselures de la tumeur deviendrait difficile à pratiquer.

Aussitôt que la paupière supérieure eût été relevée, M. Velpeau introduisit le doigt entre le globe de l'œil et la paroi supérieure de l'orbite. Cette inspection lui a démontré que la tumeur occupait la totalité de la cavité orbitaire, mais qu'elle était libre, en devant, au moins, de toute sorte d'adhérence intime avec les parois de cette cavité.

Il fut impossible d'atteindre la limite postérieure de la tumeur, circonstance qui força l'opérateur à n'extirper d'abord que la base; le sommet ne put l'être qu'après. Le globe de l'œil dut être extirpé en totalité.

*Examen de la pièce pathologique.*—A sa partie antérieure, elle est représentée par le globe oculaire, qui, postérieurement, est enveloppé par la tumeur, à laquelle le nerf optique sert d'axe; à la partie postérieure de l'œil, en isolant celui-ci de la tumeur, on voit le nerf optique qui s'engage dans la masse morbide, et qui en sort du côté opposé. Ce nerf ne paraît avoir subi aucune

2.

altération; aussi la vue n'a-t-elle été altérée que tardivement par le progrès de l'exophthalmie, qui a imprimé une modification tout à fait mécanique à ce même nerf. La tumeur est formée de tissus encéphaloïdes, ce qui avait été prévu du reste.

Cette circonstance a engagé l'opérateur à employer tout le soin possible pour qu'aucune portion de la tumeur n'échappât à l'action de l'instrument tranchant. A cet égard, le succès fut parfait : car en enlevant la partie de la tumeur qui occupait le sommet de la cavité orbitaire, on amena une partie de tissus sains, contenant dans leur épaisseur un cylindre de nerf optique. Mais on ne pourrait assurer qu'il n'existait pas un prolongement à travers la fente ptérygo-maxillaire; crainte d'autant plus fondée, que les tumeurs de cette espèce sont malheureusement sujettes à présenter ces sortes d'embranchements. Si l'on ajoute à cela que les tumeurs encéphaloïdes sont très-rarement des affections entièrement locales, et que, d'ordinaire, d'autres germes existent dans leur voisinage, les craintes relatives à une récidive ne font que réunir plus de probabilité ; récidive qui se montre, terme moyen, selon M. Velpeau, quatre fois sur cinq.

Pour prouver, dit ce chirurgien, combien il est difficile de se soustraire à la repullulation du cancer encéphaloïde, nous croyons devoir citer un fait qui s'est présenté à la clinique l'année dernière. Un cinquième de l'œil seulement était envahi par le cancer, et il était presque douteux que l'opération fût indispensable; néanmoins, l'œil entier, le nerf optique, le tissu cellulaire graisseux, tout fut enlevé. Ainsi, avec le cancer, une grande portion de tissus sains fut extirpée; mais, malgré

cela, la récidive s'était déjà déclarée avant que la cicatrisation fût achevée. Sortie de la Charité, la malade entra dans le service de M. Baffos, rue de Sèvres, où une nouvelle opération qui fut pratiquée ne tarda pas à être suivie d'une nouvelle récidive, et quelque temps après, de la mort.

Les annales de l'ophthalmologie renferment peu de faits semblables à celui observé à l'Hôtel-Dieu par M. Maisonneuve. La marche insolite du mal, l'extirpation de la tumeur suivie de la conservation de la vue, sont choses au plus haut point dignes de remarque.

Voici le fait, tel que le raconte M. Bocandé, (Gaz. Hôp. 1841, n° 28) :

Obs. — « Le malade, âgé de 47 ans, d'une forte constitution, exerçant la profession de tailleur, avait joui constamment d'une bonne santé jusqu'au mois d'avril 1839, où, pour la première fois, il éprouva dans l'orbite du côté droit un sentiment douloureux de tension. Bientôt après l'apparition de ces premiers symptômes, le malade s'aperçut que le globe oculaire était repoussé en avant et faisait saillie sous les paupières. N'éprouvant, du reste, aucun trouble dans la vision, il négligea de réclamer les secours de l'art; ce fut seulement au mois de juillet de la même année qu'il vint à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu dans le service de M. Blandin.

« A cette époque, le globe de l'œil, en partie chassé de son orbite, n'était plus qu'incomplétement recouvert par les paupières; il était en outre dévié en dehors et maintenu fixe dans cette position par une tumeur située dans le grand angle. Cette tumeur, développée dans la cavité orbitaire, faisait à l'extérieur un relief peu considérable;

elle était comme étranglée par le tendon direct du muscle orbiculaire des paupières, au-dessus et au-dessous duquel il était facile de la sentir. M. Blandin en fit l'extirpation en conservant intact le globe oculaire, dont les fonctions n'étaient pas altérées. A l'examen de la tumeur, on constata la nature encéphaloïde de son tissu, ce qui n'empêcha pas la cicatrisation de se faire avec rapidité. Six semaines après, le malade, parfaitement guéri de l'opération, sortit de l'hôpital.

« Il put reprendre ses occupations, et pendant quatre mois, il n'éprouva rien qui lui fît douter de sa guérison radicale ; mais alors se manifestèrent les premiers symptômes d'une récidive. Ce fut d'abord une douleur sourde et profonde dans l'orbite; bientôt après un embarras dans les mouvements de l'œil, la projection de cet organe en avant ; plus tard enfin, l'apparition d'une double tumeur à la partie supérieure et inférieure du globe oculaire. Les choses en étaient là quand le malade entra à la Maison royale de Santé, dans le service de M. Monod.

« Après un examen approfondi, ce chirurgien diagnostiqua l'existence d'une tumeur encéphaloïde et proposa l'extirpation ; mais, incertain encore sur le procédé le plus convenable à mettre en usage, et principalement indécis sur la question de savoir s'il ferait ou non le sacrifice de l'œil dont la forme et les fonctions étaient intactes, M. Monod crut devoir temporiser. Il eut lieu de s'en applaudir ; car huit jours à peine s'étaient écoulés que la tumeur, loin de continuer son développement progressif, prit une marche rétrograde ; elle s'affaissa d'abord, et peu à peu finit par disparaître complétement, au point que le malade, ayant recouvré tous les mouvements normaux de l'œil, n'éprouvant plus ni gêne ni douleur, sortit de l'hôpital et reprit ses travaux.

« Malheureusement ce calme ne devait pas être de

longue durée. Au bout de trois mois les symptômes reparurent avec une nouvelle intensité; la tumeur reprit en quelques jours son volume primitif, puis augmenta de plus en plus. Dans ce moment elle occupe les quatre cinquièmes de la circonférence de l'orbite; elle soulève la paupière supérieure, au-dessous de laquelle on la voit recouverte de la conjonctive. En bas, elle a glissé sous la paupière inférieure, et, contournant le bord inférieur de l'orbite, elle plonge jusque dans la fosse canine. Ces deux lobes principaux semblent unis, du côté de l'angle externe de l'œil, par un prolongement profond. L'angle interne seul, qui précédemment avait été le siége de la tumeur extirpée par M. Blandin, n'est pas encore envahi. Le globe oculaire, toujours intact dans sa forme et ses fonctions, n'obéit plus à l'action musculaire; il est fixe, et comme enchâssé par cette production morbide. »

M. Maisonneuve a été surtout frappé d'un fait extraordinaire, la disparition spontanée de la tumeur, à une époque avancée de son évolution.

« Dans l'état actuel de la science, dit-il, cette circonstance semblerait suffisante pour éloigner toute idée d'une tumeur cancéreuse; et telle serait mon opinion, si je n'avais eu l'occasion d'observer un fait analogue. »

Il raconte qu'en 1832, lorsqu'il était interne de Dupuytren, une jeune fille, âgée de dix-sept ans, d'une fraîcheur et d'une beauté remarquables, vint à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, qu'elle portait à la région temporale gauche. Après un mûr examen, Dupuytren n'hésita point à diagnostiquer une tumeur encéphaloïde, encore à l'état de crudité; mais, avant de prendre un parti extrême, il crut

devoir, comme il en avait l'habitude, essayer quelques remèdes résolutifs. Il prescrivit des mercuriaux à l'intérieur, et des sangsues autour du point malade. Au bout de quinze jours, la jeune fille vint le remercier de l'efficacité de ses conseils : la tumeur avait disparu complètement; bien plus, il restait à sa place une véritable dépression. Dupuytren alors, malgré l'air d'innocence et les dénégations formelles de la jeune personne, pensa que cette tumeur pouvait être de nature syphilitique, et rétracta son premier diagnostic. Deux mois se passèrent, et la malade se présenta de nouveau à la consultation pour la réapparition de son mal.

La tumeur, en effet, avait reparu depuis quinze jours avec les mêmes caractères, et, dans ce court espace de temps, elle avait acquis son volume primitif. Dupuytren crut que le traitement anti-syphilitique n'avait pas été assez prolongé; il réitéra ses prescriptions. Mais cette fois, le succès ne fut plus le même; au bout de trois semaines, la tumeur avait doublé de volume. Dupuytren reçut la malade dans son service, salle Saint-Jean. Là, rien ne put arrêter les progrès effrayants du mal; et bientôt cette malheureuse fille, naguère si belle, ne fut plus qu'un objet d'horreur et de dégoût. Quand elle succomba, la tumeur, d'un volume énorme, avait envahi tout le côté gauche de la face et l'avait déformé d'une façon hideuse. L'autopsie fit voir une énorme tumeur encéphaloïde, ramollie déjà dans sa partie la plus saillante. Elle reposait dans la fosse temporale externe, où sa base adhérait aux parties osseuses; celles-ci n'avaient subi d'autre altération qu'un épaississement, accompagné d'une vascularisation insolite.

« Ce fait, reprend M. Maisonneuve, nous est

donc une preuve que la circonstance de disparition spontanée n'est pas en contradiction nécessaire avec la nature encéphaloïde d'une tumeur; et, cela posé, le diagnostic de l'affection qui nous occupe se trouve singulièrement simplifié. » Ici, passant en revue tous les signes locaux et généraux de la maladie, et les résumant dans une appréciation rapide, le chirurgien arrivé au résultat suivant :

1° La tumeur n'est pas une tumeur liquide, un abcès, un kyste, etc., parce qu'elle n'offre pas même l'apparence de fluctuation ;

2° Ce n'est point une tumeur osseuse, squirrheuse, fibreuse : elle a trop de mollesse et d'élasticité ;

3° Ce n'est point une tumeur érectile, anévrismatique; il n'y a pas la moindre pulsation.

Ce ne pourrait donc être qu'une tumeur lipomateuse ou encéphaloïde. Si déjà le malade n'avait pas été opéré une premièré fois, le doute eût été permis ; mais l'année dernière on a constaté la nature cancéreuse de la tumeur extirpée, les probabilités étaient pour une récidive, d'autant plus que l'encéphaloïde est précisément, de toutes les formes du cancer, celle qui se reproduit le plus constamment. Du reste, il n'y avait pas de douleur lancinante, ce qui portait le chirurgien à croire que le travail de ramollissement n'était pas commencé.

Quant aux limites de la tumeur, M. Maisonneuve pensa qu'il était impossible de les déterminer d'une manière précise ; il espérait cependant qu'elles ne s'étendaient pas très-profondément ; il s'appuyait sur ce que l'exophthalmie n'était par très-prononcée. Le lobe supérieur était mobile, mais l'inférieur, sans être précisément fixe, semblait en relation plus directe avec les parties osseuses.

Nous ne suivrons point M. Maisonneuve dans la

discussion à laquelle il a soumis la question opératoire ; nous dirons seulement :

1° Qu'il admit l'opportunité de l'opération, en invoquant, d'une part, les exemples rares, il est vrai, de guérison dans des cas semblables, d'autre part, l'erreur possible de diagnostic sur la nature de la lésion ;

2° Qu'il pensa pouvoir enlever tout le mal sans faire le sacrifice du globe oculaire ;

3° Enfin, qu'il préféra, pour le cas particulier dont il s'agit, le procédé de Dupuytren à tous les autres.

M. Maisonneuve procéda à l'opération de la manière suivante : Une incision verticale divisa la paupière inférieure. Les quatre lambeaux furent disséqués rapidement et écartés de manière à découvrir parfaitement toute la base de l'orbite et par conséquent le globe de l'œil et les tumeurs. L'opérateur commença par isoler la supérieure ; il y parvint facilement avec le doigt et quelques coups de ciseaux : il en fit immédiatement l'ablation. La tumeur inférieure offrait plus de difficultés ; ce ne fut qu'après une patiente et laborieuse dissection que le chirurgien parvint à la détacher du rebord orbitaire sur lequel elle se recourbait pour pénétrer dans la fosse canine. Cela fait, il la poursuivit dans l'orbite où elle plongeait à une grande profondeur. Enfin il en atteignit les limites près la fente sphénoïdale et il en fit l'extraction en l'énucléant.

Après l'extirpation, les paupières furent rapprochées, leur solution de continuité réunie par quelques points de suture, et le tout maintenu par un pansement simple.

Au bout huit jours les sutures étaient cicatrisées, le malade se trouvait dans l'état le plus satisfaisant; l'œil était sain et la vue intacté.

D. *Fongus hématode de l'orbite*.—M. Guersant rapporte avoir extirpé chez une petite fille une tumeur qui était, dit-il, un *fongus hématode de l'orbite* (1)« . L'orbite a été vidée, les paupières ont été emportées. Il n'y a point eu d'hémorrhagie (? ?) ni d'autres accidents inflammatoires graves. Les bourgeons étaient pâles, et dès le troisième jour on a fait un pansement avec de la charpie imbibée d'eau chlorurée. Des révulsifs ont été appliqués aux membres inférieurs. »

M. Guersant ne dit rien sur la nature de la tumeur enlevée, qui n'était autre qu'un fongus *médullaire*, qu'il dénomme, par erreur sans doute, *hématode*. Après avoir parlé de cette opération en termes légers, M. Guersant nous apprend, quinze jours plus tard, qu'il ne l'a pratiquée qu'à son corps défendant, et cédant principalement aux instances réitérées des parents. En définitive, la malade a succombé, et voici les détails de l'autopsie cadavérique :

« La dégénérescence fongueuse, qui s'était déjà emparée du travail de cicatrisation de l'intérieur de l'orbite, se prolongeait dans l'intérieur du crâne en parcourant le trajet du nerf optique ; d'autres ramifications fongueuses partaient également de l'orbite et s'engageaient dans les fentes sphénoïdales, sphéno-maxillaire, et ptérygo-maxillaire. Dans l'intérieur du crâne, au niveau de l'entrecroisement des nerfs optiques, on remarquait une masse ou tumeur fongueuse qui enveloppait les deux nerfs optiques, lesquels étaient transformés en

(1) Gaz. des Hôpitaux, 24 oct. 1840.

tissu fongueux. Cette dégénérescence du nerf optique explique l'amaurose complète qui existait de ce côté. »

Qu'y a-t-il là dedans qui appartienne au fongus hématode?

§ III. Maladies des paupières.

A. *Fongus hématode de la paupière.* — M. le docteur F. Pauli a consigné le fait suivant dans le journal de M. d'Ammon :

**Obs. — On remarque à la naissance d'un enfant une petite tumeur dure, fixe, à l'angle externe de la paupière supérieure gauche, de la grosseur d'une lentille. La paupière, un peu plus rouge que le reste de la peau, pendait sur le globe, mais se releva après quelques jours; après 9 mois, la tumeur avait acquis le volume d'un œuf de canard. Vers la troisième année, elle couvrit presque complétement l'œil; peu à peu elle s'étendit sous la peau en tous sens. A neuf ans elle occupait toute la moitié de la face et de la tête, et refoulait en haut l'oreille de ce même côté, et deux ans plus tard elle pendait déjà par dessus la figure, ce qui engagea le petit malade à adapter à son bonnet un sac pour la soutenir. La partie cartilagineuse du nez fut poussée de l'autre côté; ce qui rendait la bouche un peu de travers, et la tumeur s'étant accrue avait gagné la cavité de la bouche. — Lorsque M. Pauli a vu le malade, alors âgé de 15 ans (1838), cette tumeur était élastique, molle, inégale, fortement bosselée, en apparence fluctuante; on pouvait facilement la comprimer, et souvent, en y posant la main, on remarquait une pulsation qui, en comprimant les artères correspondantes, diminuait un peu, mais ne**

disparaissait pas complétement. La peau qui la recouvrait était mobile, de couleur naturelle, souvent traversée par de fortes veines. Des mouvements violents et des efforts en augmentaient le volume. Le fongus avait alors, depuis l'angle de la bouche jusqu'au pavillon de l'oreille, 12 1/4 pouces, et 15 3/4 pouces depuis le sommet de la tête jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure. A chaque changement de temps le malade ressentait des douleurs pongitives et déchirantes dans la tumeur ; en se frottant il y produisait une hémorrhagie parenchymateuse plus ou moins forte.

M. Pauli, dont on connaît l'érudition, se livre à une savante discussion pour prouver que la maladie est un fongus hématode, et non un fongus médullaire; il a employé durant quelque temps la compression, mais elle était trop douloureuse. M. Chélius a prescrit sans succès l'iode à l'intérieur et à l'extérieur; il avait proposé plus tard, de concert avec M. de Walther, la ligature de la carotide, afin de pouvoir extirper l'œil; les parents n'ont pas voulu y consentir.

B. *Tumeurs enkystées.* — Un cas remarquable a été observé par M. le docteur Snabilié (*Nederlandsch Lancet,* juillet 1840); l'hydatide occupait le bord de la paupière inférieure dans la largeur de la cornée, contre laquelle elle se trouvait placée de manière à simuler un staphylôme sphérique total; l'excision a été pratiquée.

Parfois, les tumeurs enkystées renferment des poils ; M. Cunier en a communiqué quelques observations à la Société de médecine de Gand. (*Ann. d'Oc.*, II.)

C. *Excroissances cornées des paupières.* — M. le chevalier d'Ammon rapporte dans son journal (vol. III) les cas suivants d'excroissances cornées des paupières :

Obs. I. — Un homme portait à la paupière supérieure du côté droit, à quelques lignes du bord ciliaire, une excroissance cornée de trois lignes de diamètre, qui avait augmenté peu à peu et s'était contournée en bas. Cette corne fut enlevée avec les ciseaux en pénétrant profondément dans la peau saine ; la plaie saigna considérablement et longtemps. L'hémorrhagie arrêtée, la solution de continuité fut cautérisée avec la pierre infernale; la guérison fut complète au bout de douze jours, et deux années après il n'y avait pas encore récidive La loupe montra que cette production cornée ne consistait en rien autre, depuis sa racine jusqu'à son sommet, qu'en une masse homogène et était constituée de lamelles juxta-posées; à l'endroit où la corne s'implantait à la peau, existait une substance intermédiaire ressemblant à une glande sébacée épaissie.

Obs. II. — Une femme qui, depuis longtemps, n'était plus réglée, avait porté dans plusieurs endroits du corps des verrues dont elle avait eté débarrassée par des évacuants (abführmitteln); une semblable verrue qui existait à la paupière supérieure gauche était devenue peu à peu pointue et avait formé une excroissance cornée haute de quatre lignes ; la malade n'en souffrait pas ; mais elle y ressentait des démangeaisons et le grattement occasionnait de petites hémorrhagies. La tumeur fut enlevée avec les ciseaux, des purgatifs furent administrés et il n'y eut pas de reproduction du mal.

D. *Trichiasis.* — On lit dans les Annales d'Oculistique (vol. III, p. 93; *Encyc.*, 4e s., vol. I) les ré-

flexions de M. Bourjot sur les différentes manières d'opérer le trichiasis. Cet oculiste est revenu sur cette question dans une séance de la Société médicale d'émulation de Paris; il regarde toujours le procédé de Jaeger comme le seul bon en pratique. C'est celui qu'emploie M. Cunier : il consiste, comme on sait, à inciser horizontalement la peau près du bord libre de la paupière, à découvrir les bulbes et à les exciser. M. Bourjot appelle l'attention sur la promptitude avec laquelle des cils surnuméraires se développent à la face interne de la paupière et les difficultés qu'on éprouve quelquefois à découvrir les cils déplacés. La clinique de M. Cunier a offert plusieurs faits confirmatifs de cette assertion.

Une observation communiquée à la *Nederlandsch Lancet*, août 1840, montre avec quel soin il faut procéder à l'examen des yeux malades. Un malheureux cordonnier souffrait depuis plusieurs mois d'une ophthalmie des plus douloureuses, avec photophobie et écoulement abondant de larmes. On s'était en vain escrimé contre le mal, lorsque les soins de M. le docteur Snabilié, chirurgien-major à Breda, furent réclamés. Un seul cil dévié était la cause de tout le désordre, qu'un examen attentif des premiers médecins eût immédiatement fait cesser par l'arrachement qu'en pratiqua M. Snabilié.

E. *Ectropion*. La méthode opératoire de M. Dieffenbach (1) n'était guère connue en France et en Belgique, que par les quelques lignes qu'y consa-

(1) Rust's Magasin für die gesammte Heilkunde, Bd. XXX, seite 438; Jahrgang 1830.

craient MM. Carron Du Villards et Stœber. Dans un mémoire soumis à la Société de médecine de Gand (1), M. Cunier en donne la description; il entre à ce sujet dans de longues considérations sur les autres procédés, afin de mieux faire ressortir l'originalité de celui du chirurgien berlinois et de faire convenablement apprécier les cas dans lesquels il est applicable.

Il faut se munir pour cette opération d'un petit bistouri effilé, droit, et à un seul tranchant, d'un scalpel à double tranchant et courbé sur le plat, d'un crochet et de quelques épingles à insectes.

Une incision en forme de croissant est pratiquée parallèlement au bord de l'orbite, et à quelques lignes de ce bord, en dirigeant la lame de gauche à droite; ainsi, lorsqu'on opère sur l'œil droit, l'incision commence au-dessous du canthe externe, du côté gauche, au-dessous de l'angle interne. Cette incision doit occuper les deux tiers et le milieu de la largeur de la paupière; arrivé au tissu cellulaire, on détache le lambeau du cartilage tarse, puis on fait pénétrer l'instrument le long du bord orbitaire de ce cartilage, jusqu'à ce que sa pointe paraisse entre la conjonctive palpébrale et le globe; la plaie de la conjonctive est alors agrandie à l'égal de celle de la peau palpébrale (2). Dès lors, le crochet est introduit par l'ouverture extérieure (3), la conjonctive et le tarse sont amenés au dehors; puis on réunit au moyen de la suture entortillée (4). On a ainsi

---

(1) Fragments de médecine, de chirurgie et d'ophthalmologie.
(2) Voyez figure 1, empruntée à M. Dieffenbach.
(3) Voyez fig. 2.
(4) Voyez fig. 3.

trois bords à réunir : en haut et en bas, les lèvres de la plaie palpébrale extérieure, au milieu, la conjonctive, et enfin le tarse. On peut se borner à réunir la conjonctive et le tarse avec le bord inférieur de la plaie. La première épingle est placée au milieu ; de cette façon les autres sont mises avec plus de facilité. Les épingles sont immédiatement ployées, puis coupées à ras du fil entortillé. Avant d'appliquer la suture, il faut avoir soin de dépouiller de sa surface muqueuse la partie qui doit contracter des adhérences avec les lèvres de la plaie.

M. Dieffenbach dit que l'on doit procéder de la même manière, lorsque l'ectropion siége à la paupière supérieure ; le professeur de Berlin n'a sans doute point songé à la présence de l'élévateur de la paupière supérieure, présence qui réclame une modification importante dans la conduite qu'il conseille de tenir.

Ce procédé n'a été que fort rarement mis en usage en Allemagne ; il est tout à fait inusité en France, où M. Cunier l'a vu employer sans succès, en 1837, par M. Serre, de Montpellier, dans un cas d'ectropion de la paupière supérieure, malgré tout le soin qu'avait pris ce professeur pour respecter l'élévateur palpébral.

M. Cunier a eu plusieurs fois occasion de pratiquer cette opération ; nous rapporterons le cas suivant, pris parmi ceux qu'il a fait connaître. (*Ann. de la Société méd. de Gand*, vol. V.)

Obs. — M. Auguste Giroux, de Marseille, avait contracté en 1830, pendant qu'il se trouvait en Afrique, une ophthalmie purulente, qui avait été traitée par les antiphlogistiques et avait laissé un léger degré de

renversement de la paupière inférieure de l'œil droit. Le mal avait été croissant sous l'influence des moyens topiques et de l'excision qui avaient été employés, et lorsque M. Cunier le vit à Montpellier, en 1837, le cartilage était déformé, bosselé, avait de la tendance à se retourner sur lui-même. On avait déclaré sa maladie incurable, et il en était au désespoir. M. Cunier jugea que cet ectropion pouvait être efficacement combattu par le procédé de M. Dieffenbach, et le 2 juin il l'opéra. Une incision en forme de croissant, AB, fut pratiquée à deux lignes du bord de l'orbite (*voyez fig.* 1); elle fut prolongée, vers le canthe, d'un peu plus que ne le recommande M. Dieffenbach; M. Cunier détacha soigneusement la peau jusqu'au tarse en son bord orbitaire; il pénétra alors entre la conjonctive et le bulbe et y produisit l'incision CD. Ce temps de l'opération achevé, le crochet fut introduit (*voyez fig.* 2), et fixé dans la conjonctive et le cartilage tarse, qui fut amené au dehors; la muqueuse fut disséquée dans la partie à comprendre dans la suture, et celle-ci fut pratiquée, comme on le voit en *a b* (*fig.* 3).

M. Cunier fit prendre immédiatement au malade, comme il en a l'habitude après chaque opération, une potion opiacée; il ordonna des applications froides et le repos absolu.

Le 3, le pouls s'était relevé vers dix heures du soir, et une saignée de douze onces fut pratiquée. Il n'y avait presque point de tuméfaction, aucune rougeur de la face.

Le 4, la tuméfaction était un peu plus prononcée, la face brûlante; il y avait de la suppuration. M. Cunier prescrivit un demi-gros d'extrait de saturne par livre d'eau et dix grains de calomel à l'intérieur, comme purgatif.

Le 5, amélioration; la rougeur de la figure a disparu.

Les épingles sont retirées en *c* et *g* ; le 6, M. Cunier les retire en *d* et *g*, et enfin le 8 en *e* et *f*. La suppuration fut très-peu abondante. On fut obligé de toucher, le 10, la surface en suppuration *a b* avec la pierre infernale ; elle avait été pansée depuis le 6 avec un plumasseau de charpie enduit de cérat.

Le 13, la cicatrisation était achevée, et le 15, le malade put sortir. La guérison était complète le 21 (1).

M. Cunier trouve que le procédé de M. Dieffenbach est applicable dans tous les cas où l'on conseille de recourir au procédé d'Adams (*Practical obs. on ectropium*. London, 1812); on détermine un rétrécissement certain du cul-de-sac de la conjonctive, et on oppose ainsi une résistance sûre à l'éversion lorsque les ligaments palpébraux, fortement distendus, ont occasionné un véritable allongement du bord palpébral, ou lorsque le tarse, par suite de sa position vicieuse, a subi un changement de forme. « En enlevant un lambeau en forme « de V, dit M. Cunier, il arrive plus fréquemment « qu'on ne l'avoue que la réunion ne se fait pas « complétement, et il reste alors un colobome qui « est pis que le mal que l'on a voulu détruire. »

Nous renvoyons au sujet de l'ectropion spasmodique, et de sa guérison par la myotomie sous-cutanée à ce qu'en a dit M. Cunier, qui l'a imaginée et le premier mise en pratique. (*Ann. d'Oculist.*, V, p. 264).

---

(1) La cornée qui avait tout à fait perdu sa transparence, est redevenue claire en quelques endroits ; en janvier 1858, il ne restait plus qu'une seule tache à la partie latérale externe.

D'après M. Cunier, dans les cas d'ectropion où il y a cicatrice avec perte de substance de la paupière, la blépharoplastie, opérée par la méthode du déplacement, offre, dans la grande majorité des cas, d'immenses avantages sur les autres procédés connus, tels que, par exemple, ceux de MM. Juengken (1), Fricke (2), d'Ammon (3), Dieffenbach (4), Graefe (5), Dzondi (6), etc. M. Cunier rapporte l'observation suivante pour donner une idée de ce procédé. (*Ann. de la Société de médecine de Gand.*)

**Obs.** — Ectropion datant de cinq années. — Ulcération et destruction presque complète de la partie externe de la paupière inférieure. — Adhérence du bord palpébral à la peau de la joue au-dessus de la pommette. — Blépharoplastie. — Guérison.

M^me^ Van Cam...., de Bruxelles, âgée de cinquante et un ans, portait, depuis l'âge de quarante-six ans, un ectropion de l'œil gauche entretenu par une ulcération qui avait détruit la partie externe de la paupière inférieure dans toute son épaisseur, s'étendait à la joue, et avait déterminé l'adhérence du bord libre de la paupière avec la peau en rapport avec l'os de la pommette (*voyez fig.* 4).

---

(1) Die Lehre von den Augenoperationen, Seite 267. Vorrede s. IX.

(2) Die Bildung neuer Augenlider, Blepharoplastik. Hamburg 1829.

(3) V. Ammon's Zeitschrift für die Ophthalmologie, Bd. IV, s. 428.

(4) Staub, Dissertatio inauguralis de Blepharoplastice. Berolini, 1835 — Casper's Wochenschrift für die gesammte Heilkunde, n° 1, 1833.

(5) Rhinoplastik, seite 5.

(6) Geschichte des klinischen Instituts zu Halle, s. 137.

Cet état était survenu à la suite d'une ophthalmie qui s'était déclarée lors de l'époque de la ménopause et dont elle avait été traitée par maître Lubin, de pommadeuse mémoire. Depuis que l'ectropion était survenu, elle avait consulté plusieurs médecins de la capitale et aussi un oculiste ambulant, M. Burguet; tous avaient conseillé de recourir à la cautérisation, et le fer rouge avait encore été appliqué dix jours avant la première visite de M. Cunier. A-t-on cru avoir affaire à un cancer? M. Cunier l'ignore, mais rien n'indiquait qu'il y eût là dégénérescence cancéreuse; une blépharite impétigineuse était tout simplement venue compliquer une blépharite glandulaire survenue à la suite d'une affection aiguë de la conjonctive, et des soins mal entendus avaient déterminé une ulcération qui avait continué ses progrès, parce qu'aucun moyen convenable n'y avait été opposé.

Une incision comprenant toute l'épaisseur de la paupière, partant du pli oculo-palpébral en *a*, fut conduite jusqu'au haut de l'os de la pommette en *c*; une seconde incision, partant de la commissure externe *b*, rejoignit la première en *c*; M. Cunier produisit une perte de substance triangulaire *abc*. Dès lors, il releva la paupière et la remit dans sa position naturelle.

Ce premier temps de l'opération achevé, il prolongea la commissure jusqu'en *d*, de la longueur d'un demi-pouce, c'est-à-dire, à une distance égalant *ab*; la peau fut disséquée suivant *bdc*; la peau palpébrale fut alors détachée du bord libre jusqu'en *e*, à un quart de pouce du point *a'*, et le lambeau triangulaire figuré par *a'ec* fut séparé de la paupière; M. Cunier fit marcher les deux lambeaux l'un vers l'autre, et les réunit par la suture pratiquée au moyen d'épingles. Il s'abstint de placer une épingle à la commissure externe, comme au bord libre détaché.

M. Cunier appliqua des bandelettes enduites de cérat sur les nouveaux bords palpébraux, et il fit pratiquer des affusions froides. Immédiatement après l'opération, une potion opiacée fut donnée à la malade.

Le quatrième jour, les deux épingles inférieures furent levées et le sixième les trois dernières.

L'inflammation fut peu vive, la suppuration insignifiante, grâce aux applications d'eau froide, à laquelle l'extrait de saturne avait été joint le deuxième jour.

La réunion est restée complète, et la malade ne conserve aucune gêne; elle a ressenti par intervalles des douleurs parfois atroces dans la tempe, ce qui a pu résulter de ce qu'un filet nerveux aura été incomplétement coupé.

Le procédé opératoire suivi en cette occasion par M. Cunier est le même que celui qu'il a exposé dans le *Bulletin médical Belge* du mois de mai 1837 (1) pour la restauration de la bouche. Il a pratiqué plusieurs fois la même opération depuis 1836; chez un seul malade, il a voulu recouvrir le bord libre du lambeau avec la muqueuse palpébrale, mais la dissection a été excessivement douloureuse, et il est survenu une inflammation aiguë de la conjonctive palpebro-oculaire qui a compromis pendant plus de vingt jours le succès de son entreprise. Après ce qu'il a vu, après ce qui lui est arrivé, M. Cunier regarde ce revêtissement recommandé par M. *Dieffenbach* (2) comme une espèce de tour de force qui ne profite en aucune façon au malade,

---

(1) Observations cliniques recueillies à la Faculté de médecine de Montpellier, Bull. méd. Belge, 1837, page 60.

(2) Ann. de la méd. physiol. 1832.

quoi qu'en dise M. Serre (1). La conduite tenue par M. Cunier, dans l'observation ci-dessus, paraît, en effet, préferable : en disséquant la peau palpébrale, on peut fixer la muqueuse et le cartilage dans les points de suture, et le bord palpébral qu'on a laissé sain tapisse presque tout le haut de l'espace enlevé et remplacé par la peau empruntée à la paupière et à la tempe. Et puis, l'on ne disséquerait point la peau palpébrale, que dans les cas analogues à celui qui vient d'être décrit, il n'y aurait aucun inconvénient.

M. le docteur Jules Ansiaux, de Liége, a fait une habile et heureuse application du procédé de Dieffenbach pour la restauration des paupières ; l'observation qu'il a consignée dans les *Annales d'Oculistique* est remarquable. Un succès non moins complet a été obtenu par M. Heidenreich (*V. Ammon's Monatsschrift., sept. et oct.* 1840). M. Alessi n'a pas été moins heureux. (*Il Filiatre Sebezzio*, juillet 1841.)

M. Laborie (*Gaz. méd. de Paris*, 1840, p. 41) a donné l'histoire de plusieurs opérations d'autoplastie pratiquées par M. Jobert. « Dans les cas où, comme cela arrive fréquemment, le lambeau vient à se boursouffler, et constitue une véritable difformité, M. Jobert en coupe une partie, suivant l'épaisseur; il ébarbe, pour ainsi dire, le lambeau, et jamais il n'a vu survenir d'accidents à la suite de cette opération, qui peut être utile dans bien des circon-

(1) Compte-rendu de la clinique de l'Hôtel-Dieu de Montpellier, 1833.

stances, et quelquefois, entre autres, lorsque le lambeau présente des poils que l'on ne doit pas conserver. »

M. Bérard, jeune, a présenté à l'Académie de médecine un opéré, dont l'histoire offre plusieurs particularités intéressantes sous le point de vue de la pratique.

Obs.—Le malade en question était affecté d'un ectropion de la paupière inférieure gauche : une pustule maligne qui s'était développée dans la région de la joue, au-dessous de l'orbite, avait donné lieu à la difformité. On avait pratiqué la cautérisation, et la perte de substance s'était étendue jusqu'au niveau du bord libre de la paupière inférieure dont les cils avaient été conservés; il en résulta un renversement complet de la conjonctive palpébrale ; la difformité était hideuse, et l'inflammation de l'œil continuelle. En août 1840, M. Bérard jeune tenta de rétablir la paupière. Dans ce but, il pratiqua une incision qui s'étendait de l'angle interne à l'angle externe de l'œil; elle était parallèle au bord renversé de la paupière, et à trois ou quatre millimètres de ce bord.

Le cartilage tarse fut disséqué et relevé avec la conjonctive, de telle sorte que la paupière inférieure reprit sa position normale ; par suite de cette dissection, il s'établit un intervalle assez grand entre les bords supérieur et inférieur de la plaie, qui prit une forme elliptique. Pour s'opposer au renversement ultérieur de la paupière et fournir à cette partie la peau dont elle était privée, le chirurgien tailla un lambeau de peau à la région temporale ; la base du lambeau tenant par un pédicule vers la pommette, ce lambeau fut conduit entre les lèvres de la première plaie, et maintenu seulement par des pièces de

pansement; la réunion par première intention fut parfaite. Pour s'opposer à la rétraction du lambeau, M. Bérard a eu soin d'exercer à la surface une compression prolongée pendant plusieurs semaines après la cicatrisation, et cela au moyen de lamelles de diachylon superposées.

Quatre mois après l'opération, la guérison s'était maintenue sans que le lambeau se fût ratatiné; la paupière était droite, semblable à celle du côté opposé, et n'en différait que par une ligne de cicatrice qui indiquait le contour du lambeau et qui ne présentait d'inégalité qu'à la partie externe de la lèvre inférieure, là où il a fallu tordre le pédicule du lambeau.

On peut déduire de ce fait les conséquences suivantes :

1° De même que M. Blandin l'a déjà établi, on peut s'abstenir de suture dans quelques opérations d'autoplastie ;

2° Le recoquillement du lambeau n'est pas à redouter comme on l'a souvent annoncé ;

3° De simples pansements appropriés suffisent pour prévenir cet accident.

F. *Entropion*. — M. Cunier a exposé dans son journal (IV, p. 82) le procédé par lequel il combat l'inversion palpébrale. Il a eu recours, dans l'entropion spasmodique, à la section sous-cutanée de l'orbiculaire palpébral ; sa conduite a été imitée par M. Pétrequin (*Ann. d'Oc.*, V, p. 44 et 264).

G. *Chute de la paupière supérieure*. — Le docteur Alessi (*Il Filiatre Sebezzio*, 1841) raconte que se trouvant en Sicile, province de Messine, commune de Condro, un nommé Dominique Majolino se présenta à sa consultation pour une blépharite

glandulaire chronique du côté droit. Après lui avoir donné les conseils que réclamait son état, il s'aperçut que l'œil gauche était affecté d'un ptosis incomplet, tel que la paupière supérieure relâchée cachait environ le tiers de la pupille. L'abaissement était plus marqué vers l'angle externe que vers l'interne, et lorsque le malade voulait regarder de l'œil gauche, il était obligé de renverser la tête sur l'épaule droite. Interrogé sur la manière dont cet affaiblissement était survenu, il répondit que c'était une incommodité héréditaire dans sa famille, et que son père et son fils en étaient atteints. Par une singularité bizarre, les hommes seuls la présentaient, et, ce qui est plus étonnant encore, la difformité change de côté à chaque génération. Ainsi, le père du malade avait la blépharoptose du côté droit; chez lui-même elle existait sur l'œil gauche; son fils la présentait à droite et son petit-fils à gauche. Son père était mort, mais M. Alessi visita avec soin son fils, âgé de 32 ans, et son petit-fils, âgé de 4 ans, et il s'assura que l'affection offrait les mêmes particularités que chez Dominique Majolino.

Cette circonstance d'hérédité sera sans doute jugée fort intéressante; mais la cause même du mal ne le paraîtra peut-être pas moins. M. Alessi ne le rapporte ni à l'atonie du muscle élévateur, ni à la paralysie de la troisième paire, ni à une tumeur intra-orbitaire, etc. D'après les observations qu'il a été à même de faire sur les membres de cette famille, il croit pouvoir attribuer la chute de la paupière à un aplatissement de l'arcade sourcilière, aplatissement qui commence vers son tiers interne, et se continue insensiblement jusqu'à la tempe. Par suite de cet aplatissement, existant

dans le point où il y a, à l'état normal, une saillie, la peau de la paupière, quoiqu'elle n'ait que ses dimensions naturelles, offre néanmoins un excès de longueur, ou plutôt descend trop bas pour pouvoir exécuter ses fonctions d'une manière régulière. C'est donc là une nouvelle cause de ptosis, et M. Alessi propose d'y remédier en enlevant un lambeau elliptique, et en réunissant son bord supérieur avec l'inférieur à l'aide de la suture. (1) Aucun des individus de la famille Majolino n'a voulu se soumettre à l'opération, parce que l'habitude leur a rendu supportables les inconvénients de cette difformité.

Nous trouvons dans la *Revue des Spécialités* l'observation d'un ptosis palpébral double, affection excessivement rare.

Obs. — Le sujet est un vieux marin, âgé de 74 ans, dont les yeux étaient si complétement couverts depuis quatre ans, qu'il ne pouvait voir que par artifice. Il y avait en même temps un strabisme divergent. Ces symptômes annonçaient évidemment une paralysie de la troisième paire. Cette affection s'était développée progressivement à la suite d'un accès d'épilepsie. M. Curling ayant observé que, dans ses efforts pour relever la paupière, le

(1) « M. Alessi propose l'ablation d'un pli de la peau parallèle au sourcil, et immédiatement au-dessus, et la réunion au moyen de 3 aiguilles d'argent et la suture en 8. La plaie se réunirait par première intention, et la paupière se trouverait ainsi relevée. Mais pourrait-elle ensuite s'abaisser suffisamment? C'est une demande que nous nous faisons. » (*L'Examinateur médical*, n° 25.)

patient mettait en jeu avec succès le muscle occipito-frontal, conçut l'espoir, en plaçant les paupières sous la dépendance de ce muscle, de substituer son action à celle des organes paralysés. Pour cela il comprit dans une large excision les téguments superflus de la paupière et des sourcils. La plaie, réunie par deux points de suture, guérit en huit jours sans ectropion ni difformité. Le succès répondit tout à fait à son attente; le malade pouvait relever la paupière à volonté.

L'opération n'a été faite que d'un seul côté, celui où la vision a paru plus parfaite. « On n'a pas cru devoir la répéter sur l'autre, à cause du trouble de la vue qu'aurait occasionné la divergence des globes oculaires. » La strabotomie, à laquelle on aurait pu songer, était contre-indiquée par l'état de paralysie de presque tous les muscles.

M. Holtouse (*London med. Gazette*, 1841) regarde la chute de la paupière supérieure, dans la paralysie de la troisième paire, comme une circonstance heureuse qui préserve la rétine de l'impression de la lumière. — M. Cunier est d'un tout autre avis; lorsque la paralysie est ancienne, il raccourcit la peau par son procédé pour l'entropion (Ann. d'Oculistique, IV, p. 82). Il a toujours vu cette pratique exercer une heureuse influence sur la mydriase, ainsi que sur les muscles privés de mouvement. Sa première application de cette méthode date du mois de septembre 1840, et est donc antérieure à celle de M. Curling.

Dans deux cas de ptosis sans paralysie des muscles moteurs de l'œil, M. Radcliffe Hall a enlevé un lambeau elliptique de la paupière (*Lond. med. Gazette*), moyen donné comme nouveau, bien que mis en usage par Paul d'Egine et Albucasis;

M. Radcliffe Hall n'a obtenu qu'un succès incomplet.

M. Guépin (*Gaz. méd. de Montpellier*, 1841) a eu recours, dans cinq cas analogues, au moyen suivant: Il a fait un pli à la peau, et au lieu de l'enlever, il a passé à sa partie inférieure un fil en platine au moyen d'une aiguille courbe, et il en a tordu les extrémités. Ainsi que l'a fait observer M. Bulckens (*Ann. de la Soc. des Sciences méd. et nat. de Malines*, 1841), ce procédé n'est qu'une modification de ceux de M. Stiévenart et de M. Cunier.

H. *Blessures de la région sourcilière.* — M. C. Canstatt a établi, par des recherches historiques et nécroscopiques (*An. d'Oc.*, I, p. 273), que la cécité qui survient à la suite des blessures de la région sourcillière, doit presque toujours être rapportée à une autre cause que la lésion du nerf frontal. M. de Walther est revenu tout récemment sur cette question (*Journal der Chirurgie und Augenheilkunde*, 1841); il a vu de nombreuses blessures au-dessus de l'orbite, dans lesquelles il a pu se convaincre que le nerf frontal avait été divisé sans que pour cela une amaurose se fût manifestée, et d'un autre côté, lorsque celle-ci a eu lieu à la suite d'une blessure au front, on pouvait très-bien, comme dans les cas rapportés par M. Canstatt, l'attribuer à quelque dérangement des organes renfermés dans l'orbite ou dans le crâne; puis M. de Walther rappelle les expériences des uns qui ont coupé le nerf frontal sur les animaux sans occasionner l'amaurose, et des autres qui ont divisé ce même nerf chez l'homme pour remédier au tic douloureux, sans avoir altéré la vue.

M. de Walther cherche à prouver par une longue suite de considérations anatomiques et physiologiques, que le nerf frontal n'a pas de communication

directe avec le nerf optique et la rétine, qu'il n'a même qu'un rapport très-indirect avec le système nerveux ciliaire moyennant le nerf nasal, et que les impressions transmises au nerf frontal peuvent tout au plus arriver à l'œil par l'intermède du cerveau ou de la moelle allongée; il n'y a donc point de continuité directe, mais seulement réfléchie. Les mêmes considérations pourraient être appliquées à tout autre nerf; aussi n'a-t-on pas manqué de citer des faits de lésions de nerfs sous-orbitaires suivies d'amaurose; ce qui n'est pas plus fondé suivant M. de Walther. Celui-ci convient pourtant que des blessures au front peuvent avec le temps entraîner l'amaurose par l'effet d'une inflammation qui se propage de proche en proche jusqu'au nerf optique et à la rétine à l'aide de la continuité des tissus.

La nutrition de l'œil est pervertie par les lésions des filets nerveux ganglionnaires qui se rendent à cet organe; c'est ainsi que les maladies au cou et les opérations qu'on pratique à cette région, tant sur les animaux que sur les hommes, produisent des ophthalmies ou des atrophies extrêmement graves; à cette occasion M. de Walther cite une observation très-curieuse d'une ligature d'artère carotide primitive pour cause d'anévrisme; l'opérée guérit, mais elle eut un chémosis suivi d'atrophie avec abolition presque complète de la vision. Si donc, dit l'auteur, les lésions du nerf grand symphatique ont une si grande importance sur la vision, pourquoi celle d'une portion du trijumeau, qui a des liaisons tout aussi étroites avec l'œil, n'influencerait-elle pas aussi la vision? Ici M. de Walther semble revenir sur la proposition qu'il a combattue plus haut, mais il faut bien remarquer qu'il fait une grande différence entre les suites immédiates de la blessure du nerf frontal et

les effets produits par une inflammation consécutive, provoquée par cette blessure elle-même ; c'est ainsi qu'il se rend compte de toutes les observations de cécité après une blessure du front qui ont été rapportées par les auteurs depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

La *Gazette médicale de Paris* ajoute à l'analyse du mémoire de M. de Walther une observation communiquée par le docteur Deyber d'une cécité survenue à la suite d'une légère blessure du front, sans qu'il y ait eu commotion ni dans l'œil ni dans le cerveau. Cette cécité était due à une cataracte et non à une amaurose ; il y avait donc eu ici altération de la nutrition de l'œil.

## § IV. Maladies du globe de l'oeil.

*Fréquence des ophthalmies internes aux âges extrêmes de la vie.* — A l'occasion d'une communication de M. Bourjot Saint-Hilaire, à la Société médicale d'émulation de Paris, séance du 4 mars 1841, une discussion s'est engagée entre ce médecin, M. Caffe et M. Rognetta, sur la fréquence des ophthalmies internes aux âges extrêmes de la vie, et sur la possibilité de guérir la cataracte sans opération (1).

M. Bourjot avait établi sur un certain nombre de faits disposés dans un ordre statistique, qu'à compter de la naissance jusqu'à la quarantième année de la vie, les ophthalmies externes prédominaient, et

(1) Le compte-rendu de la séance n'apprend pas ce qui a été dit à ce sujet par ces messieurs.

que de cette dernière époque jusqu'à la vieillesse, les ophthalmies internes étaient, au contraire, beaucoup plus fréquentes.

M. Caffe regarde la conclusion de M. Bourjot comme hasardée, attendu que la statistique qui l'a motivée ne comprenait qu'un très-petit nombre de faits (40 à 50). Il faut, dit M. Caffe, pour établir une conclusion rigoureuse sur une question de cette nature, non-seulement des masses considérables de faits, mais aussi des données sur les conditions de ces faits, qui ne se trouvent point dans le tableau de M. Bourjot. M. Caffe a développé ces propositions par des généralités sur l'art de faire de bonnes statistiques.

M. Rognetta a attaqué la déduction de M. Bourjot. Se fondant sur ses propres observations, il a avancé que la proposition contraire à celle de M. Bourjot pourrait être plus raisonnablement soutenue. Outre que les ophthalmies internes, telles que l'iritis, la choroïdite, sont assez fréquentes chez les enfants scrofuleux, et que les ophthalmies externes, telles que les blépharites catarrho-glandulaires, s'offrent au contraire fort souvent chez les personnes âgées, il ne pense pas que toutes les ophthalmies des enfants, qu'on regarde comme externes, soient telles en effet.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés, celle des armées, celle enfin qu'on appelle gonorrhoïque et qu'on observe si souvent chez des sujets jeunes, bien qu'elles siégent en apparence sur la conjonctive, intéressent en même temps les tissus profonds de l'organe, dit M. Rognetta.

Les oculistes qui regardent comme externes d'autres ophthalmies légères en apparence se trompent, selon lui, faute d'appréciation convenable des symp-

tômes qui les accompagnent. M. Rognetta s'est attaché à prouver que dans la plupart des ophthalmies aiguës, chez les enfants comme chez les adultes et les vieillards, le mal étend ses racines dans les membranes internes de l'œil ; la rétine, la choroïde, le corps vitré lui-même en sont affectés, même dans le simple taraxis accompagné de photophobie. Il en est de même, selon lui, dans plusieurs conjonctives chroniques, peu graves en apparence, mais réfractaires aux médications ordinaires; elles se rattachent, selon lui, à un état congestif habituel de tout l'arbre vasculaire de l'orbite provenant de l'intérieur du crâne.

Dans une foule d'autres cas, l'ophthalmie n'est externe, selon M. Rognetta, que pour l'oculiste borné au petit coin de ce qu'il appelle sa spécialité; le médecin observateur (?) y voit autre chose. En conséquence, il n'est pas plus exact de dire que les ophthalmies externes soient plus fréquentes en bas âge ou dans les quarante premières années de la vie, « que de soutenir que les conjonctivites soient de simples affections tégumentaires ou externes. Ces remarques ne sont pas sans importance pratique, comme on le voit, puisqu'elles frappent de nullité toutes ces petites recettes, ces petits remèdes externes, ces collyres, ces pommades que les charlatans vantent à outrance et que quelques hommes de l'art adoptent légèrement comme une sorte de panacée. »

### A. *Ophthalmies idiopathiques.*

1.) *Rétinite.* — « La rétinite aiguë et non accompagnée de l'inflammation d'autres parties du globe oculaire, est, dit M. Sichel (*Traité de l'Opht.*,

p. 187), une affection excessivement rare; nous n'avons guère eu l'occasion de l'observer nous-même : » M. Cunier n'a rencontré qu'une seule fois la rétine aiguë simple; en voici l'observation telle qu'il l'a communiquée à la Société de médecine de Gand. (V. *Annales* de cette Soc, VI.)

Obs. — Le nommé Stroobants, fusilier à la 3me compagnie du 2me bataillon du 6me régiment d'infanterie, d'un témpérament sanguin, se trouvant à l'exercice en bonnet police, et à l'ardeur d'un soleil de juillet, en face duquel il se trouvait placé, fut renversé tout-à-coup et s'enfuit en criant vers sa tente, où il alla se placer dans le coin le plus obscur. Comme c'était un paresseux qui cherchait à se soustraire au service, le sergent-instructeur crut qu'il lui jouait un nouveau tour, et il le mit à la garde du camp. Mais il ne discontinuait pas ses hurlements; il cherchait l'endroit le plus obscur de la tente qui servait de prison, et il poussait des cris épouvantables lorsqu'on voulait lui arracher les mains avec lesquelles il se cachait les yeux. M. le docteur Wattieu ayant été appelé, envoya immédiatement cet homme à l'hôpital du camp de Beverloo, où il fut placé dans le service de M. Cunier. 1er juillet 1838. Le malade occupe l'endroit le plus obscur de la salle ophthalmique. Il est couché sur le ventre, la tête entre les deux mains; il pousse de profonds gémissements; le pouls est plein, accéléré, la tête brûlante. M. Cunier veut écarter les paupières, mais leur spasme est tellement violent qu'il ne peut y parvenir; une fois il réussit à écarter un peu les paupières de l'œil gauche; le malade se rejette vivement en arrière, et un flux abondant de larmes vient inonder la joue de ce côté; bientôt pareil flux s'établit à droite. — Saignée de ℥XX, onguent mercuriel

belladoné en frictions ; pédiluve sinapisé ; entretenir l'obscurité de la chambre.—A la visite du soir, il y a un peu d'amélioration. Nouveau pédiluve sinapisé.

Le 2, le malade est dans le même état que la veille. Onguent mercuriel et extrait de belladone, *drachm*. IV, à user dans la journée ; 30 grains d'émétique, divisés en six paquets, dont un sera pris toutes les deux heures, pédiluve à la moutarde.—Le soir, diminution du spasme palpébral. M. Cunier peut entr'ouvrir les paupières ; le globe n'est que fort légèrement injecté ; la pupille contractée a tout au plus la largeur d'une tête d'épingle.

Le 3, mêmes moyens que le 2. — Deux vésicatoires aux tempes.

La maladie va en s'amendant jusqu'au 6, que Stroobants se fait conduire dans la cour. La photophobie revient, et avec elle une photopsie continuelle. — 5 gr. émétique à 4 reprises, de 2 en 2 heures, six gros d'onguent napolitain et d'extrait de belladone ; bain de pieds sinapisé ; irriter la surface des vésicatoires.

Le 7, presque plus de photophobie, cessation de la photopsie.—M. Cunier insiste sur les révulsifs.—Le 9, la vision commence à s'exercer, la rétine devient de moins en moins impressionnable. — Le 15, guérison complète.

Voilà un exemple de rétinite aiguë simple, qui, sans le traitement énergique que lui a opposé M. Cunier, se serait propagée le long des nerfs optiques aux méninges et au cerveau, complication que M. Sichel dit être plus fréquente qu'on ne le pense, ou aurait eu au moins pour résultat de déterminer une amaurose dont il eût été difficile de triompher.

Une observation de rétinite, recueillie par M. O'Beirne (*Dublin Journal of Med. Sciences*),

mérite d'être signalée. L'historique des symptômes est conforme avec ce que les oculistes ont écrit sur cette maladie : douleur violente dans l'œil, coloration variée des objets dans les premiers jours, photopsies, etc. Mais M. O'Beirne a vu la pupille *immobile* et *très-dilatée*, tandis que tous les auteurs ont noté un resserrement de la pupille comme dans l'observation ci-dessus, d'autant plus grand que la maladie est plus aiguë.

2.) *Iritis*, — M. Heydenreich, d'Ansbach, a traité des métamorphoses des parties internes de l'œil qui sont susceptibles de revêtir la forme de l'iritis chronique. (V. *Ammon's Monatsschrift*, nº 1, 1840.) Ses remarques viennent à l'appui de celles de M. d'Ammon, p. 17, 18. 44 de sa *Dissert. de iritide*, dont M. Fallot a rendu compte dans le tome II des *Annales d'Oculistique*.

3.) *Inflammation de la membrane de Descemet*. — M. le professeur Rau, de Berne, a publié une intéressante monographie de cette affection. (V. *Ammon's Monatsschrift*, II, *Annales d'Oculistique*, III, p. 36. *Encycl.*, 4e série, vol. I, p. 179.)

B. *Ophthalmies spécifiques*.

M. Velpeau a combattu dans un long mémoire inséré dans les *Annales d'Oculistique* (vol. IV), la théorie de la spécificité des ophthalmies. Il s'est occupé depuis (ibid., V, liv. 2), *de la manière d'interpréter le langage des auteurs concernant ces ophthalmies*.

M. Ch. Canstatt (ibid. III, avril 1840) est entré dans de savantes considérations sur le caractère de la spécificité ; « ce caractère ne résulte pas unique-

ment d'un symptôme, mais bien, 1° de la spécificité des causes morbides prédisposantes; 2° de l'affinité spécifique de l'action de ces causes pour un organe ou un tissu déterminé; 3° de la réaction spécifique des fonctions conservatrices de l'économie, réaction déterminée par l'individualité de l'organisme; 4° de la spécificité du développement, de la marche et des terminaisons de la maladie; enfin 5° du mode spécifique de traitement adopté contre l'altération morbide. »

M. Furnari (*Traité prat. des maladies des yeux*, 1841, p. 123), pense qu'entre les hommes qui admettent les ophthalmies spécifiques sans restriction de nombre et de forme, et ceux qui les rejettent complétement, il existe un milieu qui se rapproche bien plus de la vérité, c'est de n'admettre comme spécifiques que les ophthalmies dont les caractères sont non-seulement bien tranchés, mais encore toujours identiques. Ces caractères, on les trouve, dit-il, dans les affections *catarrhales*, *scrofuleuses*, *syphilitiques*. — Pour les affections *goutteuse* et *rhumatismale* et leurs différentes divisions et subdivisions, M. Furnari (p. 124) ne voit là que des hypothèses que rien ne justifie. — Quant aux ophthalmies *morbilleuses*, *impétigineuses*, *varioleuses* et *scarlatineuses*, « elles ne constituent pour lui que « des formes plus ou moins développées d'une con« jonctivite simple, sur la formation de laquelle il « a signalé des affections dermoïdes aiguës ou exan« thématiques. (??) » Il n'y aurait, dit il, aucune différence entre une conjonctivite morbilleuse, scarlatineuse, rubéolique et varioleuse, *si, dans quelques circonstances, il ne se manifestait sur la conjonctire des pustules de variole*; et si, dans son livre, il s'occupe de cette variété en particulier,

*c'est qu'elle nécessite un traitement spécial*, destiné à faire avorter les pustules qui se forment sur l'œil. »

1.) *Ophthalmie catarrhale des armées.*— Une foule d'écrits ont paru dans ces dernières années sur cette affection que les médecins militaires belges ont étudiée avec un soin tout particulier.

Une notice de M. Cunier, sur les *Nouvelles Recherches pathologiques* de M. Fallot (*Ann. d'Oc.*, I, p. 44), a donné lieu à une polémique entre ce médecin et feu Eble (*ibid.*, I, 121, 168); le débat a eu pour résultat de bien fixer le sens à attacher au mot *catarrhal*. Une analyse des *Considérations pratiques* de M. Hairion a été donnée par M. Decondé (*ibid.*, I, p, 492). Un rapport de M. Caffe *au ministre de l'agriculture et du commerce en France, sur l'ophthalmie de l'armée belge*, a été soumis à l'Académie de médecine de Paris. Le rapport de M. Bouvier (Ann. d'Oc., II, 123), et l'œuvre de M. Caffe, ont été commentés par M. Loiseau (IV, p. 41) et par M. Decaisne (V, p. 105). Le médecin parisien a cru devoir réclamer contre la critique de ses deux confrères belges (IV, p. 98 ; VI, p. 77).

Deux monographies complètes de notre mal d'yeux ont vu le jour en Autriche ; l'une est due à Eble (*Die sogenannte contagiöse oder ägyptische Augenentzündung*, Stuttgart, 8°), l'autre à M. le docteur Piringer, de Gratz. M. Fallot a publié une longue analyse de cette dernière production (*Ann. d'Oc.*, V, p. 73) ; il nous a aussi fait connaître une brochure de M. Jaeger, publiée par ordre du gouvernement autrichien (*ibid.*, III, p. 221).

En Hollande, MM. Kerst (voir *Ann. d'Oc.*, I, p.

498, l'analyse de M. Decondé), Snabilié (1) et Gobée (2) ont exposé le résultat de leurs recherches.

M. Giacomo Mitterer a présenté comme thèse inaugurale, à la Faculté de Pavie, une *Dissertatio de ophthalmia ægyptiaca.*

En Russie, M. Florio a publié une brochure intitulée : *Monografia Glaznoi bolezni*, qu'il a enflée depuis, et fait paraître à Paris en un volume in-8° de 320 pages : *Description historique, théorique et pratique de l'ophthalmie purulente*, dont M. Gouzée vient de donner l'analyse (Ann. d'Oc., VI, liv. 3). M. Urbain nous avait déjà parlé de ce livre (*Ibid.*, VI, p. 50).

M. le docteur Werneck, médecin militaire de première classe à Salzbourg, a adressé à M. Cunier une lettre sur les discussions auxquelles a donné lieu l'épidémie ophthalmique de Klagenfurth; un extrait, reproduit dans cette lettre, d'un travail écrit en 1824 par le savant ophthalmologue autrichien, a été communiqué par M. Cunier à la Société de médecine de Gand, qui en a ordonné l'impression dans ses *Annales* (vol. V, p. 329). Voici le rapport fait par M. Dumont (*Bulletin*, V, p. 126) sur cette communication :

« Parmi les nombreux mémoires dont l'examen a

---

(1) *Bydragen tot de kennis der heerschende oogziekte in het Nederlandsch leger.* Breda, 1840.

(2) *Klinische Bijdragen tot de Theorie en Praktijk der Genees en Heelkunde.* — La partie de ce livre qui a trait à l'ophthalmie militaire a aussi été publiée en allemand par M. Gobée, sous le titre de : *Die sogenannte aegyptisch-contagiœse Augenentzündung, mit besonderer Hinweisung auf ein neues Curverfahren.* Leipsig, 1841.

été confié à votre commission sur l'ophthalmie militaire, il en est peu d'aussi intéressants que celui que vient de vous présenter M. le docteur Werneck, de Salzbourg. Sous le titre modeste de *Considérations détachées sur l'ophthalmie contagieuse*, l'auteur examine à fond tout ce qui a été dit sur la grande question de l'origine de cette maladie; il met en parallèle les arguments de ceux qui veulent la faire dériver de l'expédition d'Egypte par les armées française et anglaise, et ceux que leur opposent les partisans des causes générales communes à tous les climats. De cet examen comparatif résulte pour le docteur Werneck la conviction que cette ophthalmie n'est pas une affection catarrhale revêtant un caractère malin sous l'influence des causes spéciales dans lesquelles se trouvent placées les armées, mais bien une maladie particulière, essentiellement différente de toute autre espèce d'ophthalmie, et dont la filiation peut toujours être rattachée à ces terribles épidémies qui ravagèrent de tous temps le sol de la féconde Egypte.

« Avant d'arriver à cette conclusion, l'auteur examine succcessivement sept points différents. Sur la question de savoir si l'ophthalmie militaire était connue en Europe avant l'expédition des armées dans l'Orient, il prouve, par l'examen de toutes les épidémies d'ophthalmies décrites par les anciens et les modernes, depuis Hippocrate, Julien, Xénophon, etc., jusqu'à nos jours, que rien ne démontre la similitude de ces affections avec celles dont nous voyons encore journellement les ravages s'exercer sur la vue de nos soldats.

« Pour M. le docteur Werneck l'ophthalmie militaire ne peut résulter de l'action de causes générales, mais bien d'un *contagium* particulier, au-

quel il rapporte la symptomatologie toute spéciale de l'ophthalmie égyptienne ; et c'est ainsi, dit-il, que des armées ont été exposées pendant des mois entiers à l'action de causes catarrhales sans qu'il en soit résulté pour elles la moindre épidémie d'ophthalmie; tandis que, bien nourries, chaudement vêtues et transportées sous le ciel brûlant de l'Egypte, elles en ont presque toujours été atteintes.

« Dans le troisième paragraphe, il examine, sur les pas de Rust, le diagnostic différentiel de l'ophthalmie catarrhale et de l'ophthalmie égyptienne, et fait voir que tant sous le rapport des causes et du développement, que sous celui des symptômes propres, les deux maladies sont essentiellement différentes, et que, si la véritable nature de l'ophthalmie égyptienne est restée si longtemps inconnue chez les Anglais et chez les Français, qui cependant en ont été les premiers atteints, c'est que les médecins de ces deux nations faisaient généralement peu attention à l'état des paupières, véritable terrain où l'ophthalmie égyptienne germe et développe successivement tous ses effets. »

« Enfin, le docteur Werneck s'est assuré par l'expérience (l'inoculation) que l'ophthalmie égyptienne est contagieuse à toutes les périodes où il existe une sécrétion, contrairement à ce qui a lieu pour d'autres ophthalmies, qui ne peuvent jamais devenir contagieuses que momentanément et seulement pendant la plus haute période de développement du mal. »

L'histoire de l'affection a été pour M. Decondé le sujet de profondes recherches (*Ann. d'Oc.*, IV, p. 185, V, p. 141); la similitude entre notre ophthalmie et celle d'Egypte a aussi attiré son attention (*Mémoires du Cercle médico-chirurgical de*

*Bruxelles. Bull. méd. belge*, 1841). Notre laborieux confrère a aussi soumis à la Société de médecine d'Anvers deux mémoires sur différentes questions qui se rattachent à la blennophthalmie militaire.

Dans le premier de ces mémoires (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers* 1840, p. 314) il a rassemblé un grand nombre de faits concluants pour la contagion, qui forment le complément des *Expériences* qu'il a publiées dans les *Annales d'Oculistique* (I, p. 393); il a cherché en même temps à spécifier le caractère pathognomonique de la maladie. Ses recherches ont surtout porté sur les qualités des différents mucus virulents, et sur l'altération qu'ils subissent sous l'influence de l'action de diverses substances chimiques.

Ses investigations lui ont appris que le fluide de la gonorrhée est toujours neutre, qu'il soit abondant ou rare, n'importe sa couleur et l'époque à laquelle il est recueilli et l'intensité de l'irritation urétrale; après l'administration du copahu à l'intérieur ou après les injections urétrales astringentes ou irritantes, le liquide est également demeuré neutre; mais il perdait son caractère contagieux sur les yeux immédiatement après cette dernière opération. Quelle que soit l'ancienneté de la maladie, le liquide est toujours contagieux si des injections très-irritantes n'ont été mises en usage.

Le mucus vaginal, quelles que fussent ses qualités physiques, s'est habituellement montré neutre aux réactifs. Cependant, chez une fille publique dont la membrane vaginale, violemment enflammée, fournissait un écoulement opaque, blanc laiteux, celui-ci était acide, et la même acidité a été observée dans un cas de leucorrhée chez une femme enceinte, qui,

pendant ses grossesses, avait habituellement un flux assez irritant pour excorier le pénis de son mari.

La matière ophthalmique venant d'ophthalmies purulentes aiguës qui avaient eu une terminaison fatale n'a eu aucune action sur le papier de tournesol ; du mucus purulent ophthalmique recueilli le 5 juin 1838, et qui était acide, l'était encore le 18 octobre 1839; le fluide de granulations inflammatoires recueilli le 15 juillet 1838, était acide et rougissait encore le papier de tournesol le 18 octobre 1839; du fluide de granulations vésiculeuses non-accompagnées d'engorgement des conjonctives palpébrales ni de sécrétion muqueuse, n'avait aucune action sur le papier de tournesol.

Ces divers fluides, mêlés à une solution de sulfate de cuivre, ne se sont nullement altérés; seulement ils sont devenus bleuâtres.—Une solution de chlorure de chaux enlève leur acidité, lorsqu'ils en jouissent. Le mucus perd sa viscosité et se coagule en grumeaux ; ce mélange est insoluble dans l'eau; par une forte agitation, on le divise plutôt qu'on ne le dissout. — Si on les mêle à l'ammoniaque pur, les fluides deviennent visqueux, filants, demi-transparents. Le mélange est insoluble dans l'eau et adhère fortement aux doigts; — dans une solution de sublimé, une partie se coagule, le reste se dissout, — l'acide acétique dissout les mucus et les transforme en un fluide lympide et transparent, nullement visqueux; — l'acide sulfurique dissout le mucus et le transforme en une matière visqueuse et transparente.

La couleur et l'abondance de la matière sécrétée, sa nature acide, neutre ou alcaline, l'état plus ou moins phlogistique de la membrane sécrétante n'ont eu aucune influence sur la virulence. Le mucus vi-

rulent, desséché et conservé sur un verre ou dans des morceaux de drap, possède encore cette faculté après plusieurs années. M. Decondé rapporte deux expériences à l'appui de cette assertion ; l'une a été faite le 9 octobre 1839 avec du mucus recueilli sur un soldat atteint d'ophthalmie purulente, le 1er juillet 1838 ; l'autre le 24 octobre 1839 avec du fluide de granulations inflammatoires, recueilli le 15 juillet 1838.

« Si le principe virulent n'est pas essentiellement volatil, dit M. Decondé, il jouit cependant de la faculté de se volatiliser ; c'est ce que prouvent les faits de contagion par la voie de l'atmosphère, mode de propagation considéré comme le plus général par Eble et quelques Allemands et Anglais, M. Gouzée, et aussi par M. Cunier et par moi. »

M. Decondé déduit de ses recherches sur le mucus les conséquences suivantes : 1° il faut guérir le plus promptement possible les gonorrhées, leur matière pouvant tôt ou tard déterminer l'ophthalmie gonorrhoïque ; 2° les injections fortes de solution de nitrate d'argent changent la nature de l'écoulement urétral, qui perd immédiatement sa virulence ; 3° l'écoulement gonorrhoïque étant le résultat d'une affection plus profonde, plus durable que celui déterminé par les injections, il faut insister plusieurs jours de suite sur ce traitement, car si on désiste trop tôt, l'écoulement reparaît et jouit de nouveau de tous ses caractères ; 4° ces conséquences doivent être appliquées au traitement de l'ophthalmie militaire ; ce traitement doit être employé avec persévérance et le mal doit être poursuivi jusques dans ses dernières traces. M. Decondé pense que c'est à l'oubli de ce précepte, au renvoi des hommes au corps avec des engorgements qu'il

faut attribuer les récidives nombreuses qui ont été signalées chez des hommes revenus des hôpitaux et même des dépôts ophthalmiques (1).

La décomposition que le mucus subit par son mélange avec une solution de chlorure de chaux a engagé M. Decondé à tenter des expériences pour savoir si cette dernière substance ne détruisait point la virulence du mucus. Il a déposé sur la conjonctive des animaux d'abord, puis sur ses propres conjonctives et sur sa muqueuse urétrale, des matières soit gonorrhoïque, soit ophthalmique, préalablement mélangées avec du chlorure de chaux liquide.; en aucun cas, il n'y a eu de contagion. Il est bon de dire que, toutes les fois que chez les animaux, chiens et chats, ces matières ont été déposées avant le mélange, la contagion a été observée.

---

(1) Le mal occasionné par le renvoi de granulés non guéris dans leurs foyers, a été si loin dans ces derniers temps, que M. le ministre de la guerre a dû adresser la circulaire suivante aux généraux commandants divisionnaires, sous la date du 15 novembre 1841 :

« Quelques chefs de corps paraissent avoir interprété dans « un sens trop absolu les instructions qui leur ont été « adressées pour les réductions à opérer dans l'effectif des « troupes en solde, et ils ont renvoyé en congé des hommes « en traitement dans les salles de granulés, avant leur en- « tière guérison.—Les conséquences de cette manière d'agir « pouvant être très-graves (M. le ministre devrait dire : ayant « été très-graves), j'ai l'honneur de vous prier d'inviter les « chefs de corps de la division sous vos ordres. à ne plus « renvoyer à l'avenir, dans leurs foyers, des hommes de la « catégorie précitée, avant qu'ils aient été jugés par les « médecins militaires suffisamment rétablis, quand même, « par suite de cette mesure, l'effectif à garder sous les armes « ne pourrait pas être entièrement réduit au chiffre fixé, « ce dont, le cas échéant, il me serait rendu compte. »

De ces expériences, péremptoires et constantes dans leurs résultats, M. Decondé tire les conséquences suivantes : 1° On pourrait préserver un corps de troupes saines, mis en contact avec un corps infecté, par de simples lotions sur l'œil, répétées plusieurs fois par jour, avec une solution de chlorure de chaux. 2° Il en est de même des recrues à leur arrivée au corps. 3° Les nouveau-nés pourraient être préservés des ophthalmies par des lotions faites dans le vagin de la mère, immédiatement avant le passage de l'enfant. M. Decondé admet, ce que M. Cunier a prouvé (voir plus bas, article *Ophthalmie des nouveau-nés*) que les ophthalmies des nouveau-nés, sans être dues uniquement au contact avec l'écoulement vaginal de la mère, au moment de l'accouchement, naissent néanmoins le plus fréquemment sous l'influence de cette cause (1).

M. Decondé a aussi cherché à apprécier le rôle que peuvent jouer, d'une part, l'electricité ou le galvanisme, et, de l'autre, le passage du chaud au froid, ou un courant d'air vif et froid venant frapper le visage. S'il est d'observation que l'ophthalmie qui nous occupe s'aggrave lorsque l'atmosphère est chargée d'electricité, et lorsqu'en même temps elle est humide, il est bien difficile de placer, par des expériences, des animaux atteints de cette maladie

---

(1) La Gazette médicale de Paris, 1841, p. 235, prête à M. Decondé une opinion qu'il n'a pas; il n'a pas écrit qu'il croyait que l'ophthalmie dont il s'agit reconnaissait uniquement pour cause le contact du mucus vaginal sur la conjonctive du nouveau-né. « Il est de fait, dit-il, que presque toutes les ophthalmies des nouveau-nés sont dues, etc. »

dans les conditions identiques à celles d'une pareille cause. Aussi, comme pouvait le faire prévoir le raisonnement, le contact ni des deux pôles d'une pile galvanique, ni de l'un d'eux seulement, ni des décharges électriques, ni une haute dose d'électricité n'ont modifié en rien la gravité de l'ophthalmie chez des chiens. Il était peut-être aussi difficile de placer un de ces animaux, à l'aide du courant d'air d'un soufflet, dans la condition d'un homme qui reçoit ce qu'on nomme un coup d'air, et ce mode d'expérimentation n'a fourni, comme le précédent, que des résultats négatifs.

Outre la propriété virulente de la matière desséchée et exposée à l'air, M. Decondé admet encore que *le principe contagieux peut se volatiliser et se répandre dans l'atmosphère*. De ces données, il conclut que le principe virulent ophthalmique peut, pour ainsi dire, se recéler dans certains lieux, ou se communiquer par des objets qui ont servi aux malades. Sans nous arrêter aux théories par lesquelles il explique ces deux espèces de contagion, et qu'il emprunte, d'ailleurs, aux théories des contagions pour d'autres maladies, il cite deux faits extrêmement détaillés, et qui sont bien probants en sa faveur : l'un est celui rapporté par le major de Boer, et déjà cité dans un autre ouvrage. (*Recherches sur les causes de l'ophthalmie qui règne dans l'armée, par Fallot et Varlet*, p. 95.) On y voit une ophthalmie intense se déclarer subitement à bord d'un navire, qui avait servi au transport de troupes venant de l'Egypte, et affectées elles-mêmes d'ophthalmie. Le major avait appris de source certaine que, depuis cette dernière circonstance, on avait été obligé de renouveler plusieurs fois l'équipage du navire, à cause des ophthalmies qu'il contractait

toujours. Quoique ce fait puisse être soumis à différentes interprétations, on ne peut s'empêcher d'avouer qu'il n'ait une grande valeur.

Le second fait est celui d'un individu porteur d'une ophthalmie de l'espèce qui nous occupe, et qui, de 1831 à 1835, changeant de lieu et de profession, répand dans tous les lieux qu'il habite successivement et communique à toutes les personnes qu'il fréquente la même maladie, propagée encore par les nouveaux infectés.

M. Decondé insiste beaucoup sur la granulation vésiculeuse (les journaux français qui ont parlé de son mémoire ont écrit *vasculaire*) comme caractère essentiel de l'ophthalmie contagieuse. C'est un point qu'a solidement établi Eble, dès 1828. Il en sera question plus loin.

Un second mémoire, faisant suite à celui que nous venons d'analyser, a été fourni par M. Decondé (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1841). Il rapporte de nouveaux faits à l'appui des opinions relatées ci-dessus : il en conclut :

1° Que le fluide gonorrhoïque, quelles qu'en soient l'abondance, l'ancienneté, l'époque à laquelle il a été recueilli, a paru constamment contagieux et propre à déterminer chez les chiens l'ophthalmie purulente ;

2° Que traité par les injections au nitrate d'argent, ce liquide n'était plus contagieux sur les yeux, immédiatement après cette opération ;

3° Que la matière ne recouvrait le caractère virulent que dans les cas où les injections ayant cessé d'être faites, l'écoulement reparaissait ou persistait;

4° Que le chlorure de chaux liquide, par son mélange avec les mucus gonorrhoïque et ophthalmi-

que, avait aussi la propriété d'en neutraliser la virulence;

5° Que cette action est persistante et qu'après le dégagement du chlorure, la matière ne devient pas de nouveau virulente;

6° Que les mucus gonorrhoïque et ophthalmique peuvent impunément être déposés entre les paupières et dans l'urètre, pourvu que cette opération soit précédée ou suivie immédiatement de l'instillation du chlorure de chaux liquide.

M. Decondé a résolu positivement par l'opération suivante, la question du récel auquel le raisonnement seul conduisait. Un linge imprégné de matière purulente depuis quatorze mois a été fixé par ses bords sur l'œil d'un chien au moyen de poix navale et de manière que la pièce imprégnée ne pouvait toucher ni le globe ni les paupières; le quatrième jour, il existait de petites granulations miliaires enflammées, quoique peu prononcées, mais bien distinctes à l'œil gauche; elles étaient plus fortes, plus nombreuses et plus distinctes à l'œil droit.

Notre confrère a abordé dans un mémoire que nous trouvons dans les *Annales de la Société de médecine de Gand* (1840, p. 122-147) une autre face de la question. Il se pose d'abord cette demande : *La cautérisation de la muqueuse palpébrale au moyen du nitrate d'argent fondu, comment agit-elle?* « Lorsqu'on cautérise la conjonctive en totalité ou en partie, la surface touchée blanchit immédiatement, il y a escarrification plus ou moins profonde, selon le degré de la cautérisation, et il faut souvent plusieurs jours avant que l'escarre ne soit complétement détachée. Cette opération, lorsque la maladie est profonde et ancienne, doit être fréquemment répétée. Après les cautérisations, et aux endroits

seulement où le nitrate d'argent a porté son action, la muqueuse offre une apparence tout autre qu'auparavant ; elle est alors bleuâtre, lisse, resplendissante, nacrée, parcourue par quelques gros vaisseaux bleuâtres, comme ceux qui sillonnent le tissu inodulaire. Du reste, après les cautérisations bien faites, ce tissu qui est de nouvelle formation sans être cependant du tissu inodulaire (nous ne comprenons pas bien. *Réf.*), mais une sorte de lymphe plastique qui s'est rapidement organisée en membrane (1), etc., et est devenue vasculaire ; ce tissu paraît remplir parfaitement les fonctions de la membrane qu'il remplace. Dans les cas légers, et qui, pour guérir, ont été peu ou pas touchés par le caustique, cela ne s'observe pas ; les granulations ne sont pas détruites, elles semblent revenues à l'état rudimentaire, microscopique, dont notre ophthalmie les avait fait sortir. Ceci se remarque encore après les cautérisations fortes sur ces parties de la muqueuse palpébrale qui n'ont pas été escarrifiées par le caustique ; quoique limitrophes du tissu nouveau, ces parties offrent les caractères normaux ; l'action voisine (??) du caustique leur a seulement imprimé une action nouvelle.... Il me paraît donc irrécusable que dans le premier cas il y a eu destruction du tissu par le caustique ; que dans le second, cette destruction n'a pas eu lieu, qu'il n'y a eu que *action dynamique subversive*, c'est-à-dire *substitution.* »

Mais si dans le premier cas la conjonctive se

(1) M. Decondé pouvait s'appuyer ici des assertions de M. Cunier sur l'action chimique des caustiques. (Bull. méd. belge, 1838, 1839 ; Ann. d'Oc. passim.) M. Cunier a écrit ce que M. Decondé avance, et il n'est point cité par lui.

trouve remplacée par un tissu de nouvelle formation, différant physiquement du primitif, l'organisation en pourra différer aussi ; les éléments propres à la manifestation de l'ophthalmie pourront ne plus s'y trouver, et partant l'ophthalmie militaire, granuleuse et purulente, sera dans l'impossibilité de s'y développer. M. Decondé cite à l'appui de son assertion quatre expériences instituées sur des chiens. —Il donne la préférence, comme méthode thérapeutique des granulations, à la cautérisation, sur l'excision qu'il rejette complétement. Cette dernière a cependant ses indications spéciales ; pour ce qui est de la première, on est revenu considérablement de ce que l'on a avancé au sujet de ses vertus héroïques. — M. Decondé jette ensuite un coup-d'œil sur les opinions accréditées sur la nature des granulations; il répète, ce qu'il avait dit ailleurs, que la granulation *vésiculeuse* est le *signe constant du mal*, tandis que la *sarcomateuse* est le résultat de la dégénération, de l'hypertrophie des papilles.

Partant de ces règles, 1° que par les cautérisations l'on rend désormais l'ophthalmie granuleuse impossible ; 2° que le globe oculaire de l'homme ne présente jamais de granulations, mais que celles-ci bornent exclusivement leur siége aux paupières mêmes; 3° que par les injections avec le nitrate d'argent, à doses élevées, dans le canal de l'urètre des gonorrhoïques, on change la nature de cette affection ; il propose comme le meilleur traitement à instituer dans l'ophthalmie des armées la méthode ectrotique d'après la règle de M. Kerst (*Ann. d'Oculist.* I, p. 498), modifiée en ce sens qu'il conseille de ne toucher que la conjonctive palpébrale seule jusqu'au fond du repli, et de laisser intacte la conjonctive oculaire.

Des recherches sur l'état des conjonctives après la guérison des granulations par la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, ont aussi été entreprises par M. Gouzée (*Annales de la Société de médecine de Gand*, 1840). Notre confrère rapporte le fait que nous allons faire connaître, à l'appui des deux propositions que voici : 1° La cautérisation répétée et profonde fait remplacer la muqueuse palpébrale par un tissu inodulaire, présentant une toute nouvelle organisation ; 2° ce tissu devenant un champ impropre au développement des granulations, l'ophthalmie purulente et granuleuse est désormais dans l'impossibilité de s'y établir.

Obs. — Un militaire guéri de granulations par la cautérisation, au dépôt de Namur, contracta une ophthalmie gonorrhoïque à la suite d'un écoulement urétral léger et indolent. La purulence de l'œil gauche était légère ; il y avait absence de gonflement à la paupière inférieure, et peu de tuméfaction à la paupière supérieure ; au reste, pas de chémosis. La face postérieure de la paupière inférieure était restée d'un blanc nacré comme celle de l'œil sain. M. Gouzée n'explora pas la même région de la paupière supérieure, de crainte de fatiguer l'organe. Bien que cette ophthalmie se présentât sous une forme assez bénigne, des déplétions sanguines, tant générales que locales, furent largement instituées et secondées par les révulsifs internes et externes ; malgré ce traitement énergique, la cornée se ternit et présenta, dès le quatrième jour, les signes d'un ramollissement irremédiable.—Malgré toutes les précautions prises pour préserver l'œil droit, celui-ci se prit à son tour le cinquième jour. La paupière supérieure et la conjonctive scléroticale présentèrent un peu de gonflement et la paupière inférieure

resta complétement saine. Même traitement que pour l'autre œil ; un ulcère s'établit sur la cornée.

En explorant la paupière supérieure, M. Gouzée découvrit de fortes granulations rouges et aplaties sur la face postérieure de ce voile. — Ces granulations disparurent avec la purulence sous l'influence de cautérisations répétées tous les deux ou trois jours ; au bout de six semaines de traitement, il ne resta qu'un faible obscurcissement de la cornée à gauche, et un léger leucome à droite.

M. Gouzée fait remarquer l'inefficacité dans cette circonstance du traitement antiphlogistique le plus actif ; il lui préfère la méthode ectrotique, dont il a retiré depuis les succès les plus marquants. (*Ann. d'Oculist.*, IV, p. 149, V, p. 193.)

Nous lisons dans un ouvrage du docteur Hancke (1), médecin de l'armée prussienne, que l'on guérit *sûrement* l'ophthalmoblennorrhée contagieuse, et les ophthalmoblennorrhées en général, ainsi que les affections que l'on observe après elles, au moyen de l'iode et de ses kalis appliqués à l'aide d'un pinceau ou administrés en collyres. Il combat « l'éréthisme lorsqu'il se montre, » et il favorise « les crises par l'intestin et la peau. » M. Hancke est l'ennemi des saignées copieuses et des drastiques. Il cite de nombreux exemples de contagion à distance et par contact. Il admet la division des ophthalmoblennorrhées en trois périodes : hydrorrhée, phlegmatorrhée, pyorrhée.

(1) Ueber das Wesen und die Ursachen der contagiöse Augenblennorrhöe, sowie ueber Augenblennorrhöe ueberhaupt. Leipzig, 1840, 8°, pp. 80.

Les remarques de MM. Plagge et Tobler (*Ann. d'Ocul.*, III, p. 191); Jacquelart, ibid., p. 85); Cunier, Bull. thérap. et Bull. méd. belge, 1838); (*Ann. d'Ocul.*, I, p. 227; II, p. 31, 228; IV, p. 234; V, 25); Hairion (*ib.*, II, p. 63; IV, p. 101), jointes à celles de MM. Fallot (*ib.*, I, p. 49 et 192; VI, p. 53); Wienecke (ib., I, p. 97); Gouzée (ib., I, p. 181 et 34); Lutens (I, p. 199 et 337); *An. de la S. de Gand*, 1838); Spangenberg (*Ann. d'Oc.* I, p. 205); Weiss (*Ib.*, I, p. 256); Fierens (ib., I, p. 259; II, p. 188); Decondé (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1837); Moreau (I, p. 420); Loiseau (*Ann. de la Soc. de Gand*, 1838); Sotteau (ibid. 1839); Chizelle (ibid.); Fromont (*Bull. méd. belge*); constituent avec les travaux dont il a été question ci-dessus, et quelques articles de MM. Van Onsenoort, Ressler (Nederlandsch Lancet); Bacmeister (*Hanoversche Annalen*), la littérature de l'ophthalmie militaire pendant ces dernières années, tant sous le rapport historique que sous les rapports diagnostique, étiologique et thérapeutique.

Nous ne parlerons point du rapport mort-né de M. Van Roosbroeck sur le concours de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles. (*Ann.* de cette société, 1841.)

2.) *Opthalmie des nouveau-nés.* — M. Sonnenmayer a traité de cette maladie sous le rapport de l'histoire, du diagnostic, du traitement et de la police médicale. Nous devons à M. Szokalski (*Ann. d'Oc.*, IV, p. 176) la connaissance de cette belle monographie.

M. le docteur Van Onsenoort a extrait du *The retrospect. of practical Medecine and Surgery for the year* 1840, et fait connaître dans sa *Nederlansch Lancet* (octobre 1840) le fait suivant,

observé par M. Walker : « Un enfant de six ans m'est présenté. La mère rapporte qu'au moment de la naissance, les yeux offraient les mêmes phénomènes qu'au moment présent. La maladie s'était développée avant la naissance, car il n'avait existé depuis ni écoulement purulent ni inflammation, ni photophobie. D'un côté la cornée avait entièrement disparu ; l'œil était atrophié ; de l'autre côté, la cornée était opaque dans plus de la moitié de sa surface ; par sa partie demeurée transparente, on pouvait découvrir une partie de l'intérieur du globe. L'iris paraissait adhérent avec la cornée. La transparence augmenta de plus en plus, et l'état de la vue s'améliora aussi progressivement. »

Si l'on compare, dit M. Walker, cet état de l'œil de l'enfant avec les désordres qui surviennent à la suite de l'ophthalmie des nouveau-nés, on ne peut douter un instant que cette affection n'ait dans le cas présent parcouru ses périodes avant la naissance. Le médecin anglais dit avoir observé plusieurs faits qui militent en faveur de cette opinion. Mais n'est-ce pas une opacité congénitale de la cornée, qui a été rencontrée dans ces cas par M. Walker ? Cet état, comme l'a si bien démontré M. d'Ammon (Monatsschrift, III, liv. 6), n'est qu'un arrêt de développement (1).

M. Aitenberger (*OEsterreich. Med. Jahrb.*, 1841) un enfant atteint d'ophthalmie purulente aiguë communiquer son affection à la femme qui le nourrissait.

M. Réveillé-Parise tire les conséquences suivan-

(1) Voir Ann. d'Oc., VI, liv. 4, la Revue des travaux d'anatomie et de physiologie oculaires, par M. Fleussu.

tes de considérations auxquelles il se livre (*Bulletin thérapeutique*, févier 1840; *Encycl.*, 4e s., vol. III, p. 582) sur l'ophthalmie puriforme des nouveau-nés :

« C'est une maladie qui doit attirer l'attention spéciale du praticien, sans cependant devoir être mise sur la même ligne que l'ophthalmie gonorrhoïque.

« Les sangsues, les vésicatoires, les topiques émollients, sont en général plus nuisibles qu'utiles dans cette affection.

« Il ne suffit pas, comme le croient plusieurs médecins, d'entretenir les yeux dans un état constant de propreté, en enlevant souvent la matière puriforme, pour guérir cette ophthalmie.

« Les instillations plus ou moins répétées de solution de nitrate d'argent, secondées par quelques doux purgatifs, constituent le moyen de guérison le plus sûr, le plus efficace.

« Enfin, il n'est pas besoin d'élever très-haut la dose de cette substance, puisque deux, trois ou quatre grains par once de liquide suffisent dans la très-grande majorité des cas. »

M. Breyer a exposé les résultats de la pratique de M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, III, p. 215, juin 1840; *Encycl.*, 4e s., vol. II, p. 591), qui se loue beaucoup du nitrate d'argent, mais préfère l'incorporer à l'axonge, et emploie quelquefois une solution concentrée (p. ég. d'eau et de sel d'argent) appliquée au moyen d'un pinceau sur la conjonctive palpébrale.

M. Cunier est revenu depuis sur les bons effets de sa méthode, et a beaucoup insisté sur le diagnostic différentiel des diverses ophthalmies qui atteignent les nouveau-nés. — Ses recherches, rap-

pelées par M. le docteur Hoebeke, dans ses savantes additions à la réimpression du *Traité des Maladies des Enfants*, de Capuron (1), établissent que la plus commune est celle qu'il nomme *leucorrhéique*. Sur 150 cas d'ophthalmie des nouveau-nés, il a constaté 105 fois la leucorrhée chez la mère au moment de l'accouchement, qui avait toujours été lent, et dans lequel la tête était restée longtemps engagée et la présentation avait eu lieu par la face. MM. Eulenburg (*Casper's Wochenschrift*, 1840, nº 36), Cederschjoeld (*Ann. de Gynécologie*, mars 1841, p. 132); Jungmann (*ibid.*, p. 136); Deconde (*l. supra cit.*); Durr (*Hufeland's Journal*, 1840), ont recueilli des faits qui viennent à l'appui de l'opinion de M. Cunier, qui a cru devoir désigner l'affection sous le nom d'ophthalmie leucorrhéique des nouveau-nés, pour la distinguer de celles dues à d'autres causes, qui affectent les enfants pendant les premiers jours qui suivent la naissance.

Le docteur Durr, de Halle, en Wurtemberg (2), combat ordinairement par les vésicatoires derrière les oreilles, les instillations de solution de sublimé, d'opium et de plomb, ou la pommade de

---

(1) Traité des maladies des Enfants jusqu'à la puberté; par J. Capuron, 4e édition, revue, corrigée et la seule augmentée de l'étude des phénomènes généraux que présente l'examen extérieur de l'enfant, et de la description de plusieurs maladies omises dans les éditions précédentes; par le docteur Hoebeke. — Bruxelles, Société encyclographique; 1841, in-12.

(2) Hufeland's Journal, mai 1840.

précipité, (?) « l'ophthalmie des nouveau-nés qui s'offre souvent sous la forme sub-aiguë chez les enfants dont les mères sont en proie à une dyscrasie scrofuloso-herpétique et qui souffrent de leucorrhée non-syphilitique, mais corrodante (scharfen). » Lorsque ces moyens sont demeurés sans résultat, il fait introduire entre les paupières, une fois par jour, ou de deux jours l'un, gros comme une lentille de la pommade suivante : Pr. Acétate de plomb trois grains, nitrate d'argent fondu deux grains, axonge quatre gros. M. Il prescrit en même temps des lotions souvent répétées avec sublimé gr 1/4, eau ℥j ; il donne à l'intérieur : calomel gr 1/4, rhubarbe gr 1/4—1/2 pro dosi, toutes les deux heures ; il fait placer un vésicatoire perpétuel près de l'œil malade. Si la sécrétion purulente diminue et que la maladie revienne à la période d'hydrorrhée, il substitue à l'onguent et à la solution, le collyre suivant : Pr. huile d'amandes douces ℨj S, mucilage de g. arabique, eau de laurier cérise, de chaque ℨiij ; laudanum de Sydenh. gut. XV. M. D. S. trois fois par jour 3 à 4 gouttes. jusqu'à guérison complète.

Le docteur Rupp (Rust's Magazin, LV, H. 3) a combattu l'affection qui nous occupe par les sangsues, les collyres de sels de zinc, les lotions avec l'eau tiède ou le thé ; il n'a ainsi que peu amélioré le mal. Il a alors mis en usage une solution de sublimé 1 grain sur 4 onces d'eau ; les enfants ont pu de suite ouvrir les yeux à une lumière modérée, et aucun accident n'est survenu chez les nombreux petits êtres qu'il a soignés.

Un enfant nouveau-né était atteint d'une blépharoblennorrhée traitée par les lotions avec une infusion de camomille, et l'attouchement avec un pinceau chargé de solution de nitrate d'argent ; un intertrigo

des plis de l'aine s'étant manifesté, le mal oculaire disparut immédiatement, et se montra de nouveau après la répercussion de l'intertrigo. Guidé par l'observation de ce fait, M. Schwarz (*Medezinische Annalen*, 1841) prescrivit des onctions dans la région de l'aine avec une pommade émétisée, et l'affection disparut avec la manifestation des pustules, qui furent entretenues durant quelque temps. La guérison se maintint.

5.) *Ophthalmie scrofuleuse.* — M. le docteur V. Stœber (*Ann. d'Oc.*, V, liv. 1 et 2) a exposé son opinion sur la nature de cette affection et a fait connaître les résultats qu'il a obtenus du traitement qu'il a mis en usage dans une centaine de cas qui se sont présentés dans son service à l'hôpital des Enfants à Strasbourg. Il a depuis transcrit une partie de son mémoire, avec quelques modifications, dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (20 octobre 1841); il continue à se prononcer énergiquement contre la méthode antiphlogistique, qui ne doit servir que rarement et par suite d'indications spéciales. — M. Stœber se montre ainsi complétement de l'avis de M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, IV, p. 241).

Nos lecteurs ont connaissance des observations de M. Piffard (*Bull. thérap.*) touchant l'emploi intérieur de l'huile de foie de morue dans la maladie qui nous occupe (1). Les essais tentés au dispensaire ophthalmique de Bruxelles sont loin d'avoir confirmé le dire de M. Piffard et de ceux qui ont

(1) Encycl., 1840, Ann. d'Oc., III, p. 183.

écrit avant lui sur l'administration de cette huile dans l'ophthalmie scrofuleuse.

M. Négrier (*Archives gén. de Médecine*, mai 1841) se loue beaucoup de l'usage des préparations de feuilles de noyer; toujours le mieux a été très-sensible après la première quinzaine. — Le collyre avec l'eau de noyer (1) et l'opium jouit, au rapport de M. Négrier, d'une efficacité très-grande, et le traitement par les préparations de feuilles de noyer a une action plus prompte sur l'inflammation chronique des yeux que sur les engorgements des ganglions lymphatiques.

---

(1) Une poignée de feuilles en décoction pendant 10 minutes dans un kilog. d'eau. — L'infusion se prépare avec une pincée defeuilles découpées dans 250 grammes d'eau bouillante; on l'édulcore avec le sucre, et on en donne de 2 à 5 tasses par jour.—L'extrait est préparé avec les feuilles de noyer, par la méthode de déplacement. En employant les feuilles sèches, on a de la sorte le moyen de renouveler cette préparation, autant qu'on en a besoin, pendant toutes les saisons; tandis qu'en se servant des feuilles fraîches, il faut alors en préparer en trop grande quantité, et on s'expose à le voir s'altérer.

On prépare le sirop de feuilles de noyer avec l'extrait, en en mêlant 40 centigrammes pour 32 grammes de sirop simple.

« Aux petits enfants, M. Négrier donne deux ou trois cuillerées à café de sirop dans les vingt-quatre heures; pour les adultes, il n'a jamais dépassé 64 grammes. La dose ordinaire pour ces derniers est de 32 à 40 grammes.

« Les pilules d'extrait de feuilles de noyer sont chacune de 30 centigrammes d'extrait rendu solide pour une quantité suffisante de poudre de feuilles de noyer.

« Il en fait prendre deux par jour; il n'a jamais dépassé le nombre de quatre.

M. Négrier recommande surtout la persévérance dans l'emploi des remèdes. Voilà qui dit assez que ceux qu'il vante ne sont pas plus héroïques que tant d'autres exaltés et abandonnés tour à tour.

La solution iodurée dont voici la formule est préconisée par le docteur Furnari (*L'Esculape*, 1840): Eau de fontaine 10 onces; iodure de potassium 1 gros, iode 3 grains. Une cuillerée à bouche matin et soir. Il joint à l'usage de cette potion l'emploi des boissons amères et toniques.

La *Revue médicale* (1841) a publié un mémoire dans lequel le docteur Payan, d'Aix, signale les bons effets de l'hydrochlorate de baryte dans les affections scrofuleuses. » Si l'on examine avec soin, dit M. Payan, la manière de se comporter des ophthalmies scrofuleuses, on ne tarde pas à reconnaître que s'il en est une variété remarquable par la lenteur, le peu d'activité de ses symptômes, laquelle affecte particulièrement l'appareil oculaire externe, il en est une autre espèce caractérisée par une irritabilité très-vive des yeux, un haut degré de sensibilité de ces organes à l'impression de la lumière, une contraction comme spasmodique des paupières, une sécrétion abondante de larmes âcres et chaudes, et fréquemment aussi un état d'éréthisme général. C'est cette dernière variété d'ophthalmie, que l'on voit assez souvent coïncider avec des caries scrofuleuses, des engorgements glanduleux, des exanthèmes chroniques sur le front, autour des yeux, que je qualifie du nom de scrofuleuse photophobique ou irritative, à cause de ses symptômes principaux, l'aversion excessive de la lumière et la vive irritation de la rétine, symptômes qui sont souvent tellement prononcés que l'on voit les enfants qui en sont atteints (c'est l'enfance qu'elle attaque principa-

lement) s'industrier pour éviter l'impression du grand jour : ainsi les paupières ne sont plus pour leurs yeux des voiles suffisants pour les protéger de son influence ; ils les recouvrent encore de leurs mains, ou mieux ils veulent qu'ils soient protégés par d'épais bandeaux ; et encore les voit-on souvent se cacher dans les recoins obscurs des appartements, s'enfoncer sous leurs couvertures quand ils sont au lit, etc. Leur physionomie en reçoit même une expression toute particulière, celle que produit une lumière éblouissante qui vient surprendre la vue. C'est encore cette ophthalmie que quelques auteurs, considérant qu'elle apparaît quelquefois, souvent même après des maladies éruptives (variole, rougeole, etc.), ou qu'elle coïncide avec elles (éruptions dartreuses ou teigneuses du front et du cuir chevelu), ont décrite sous le nom d'exanthématique, tandis que d'autres, confondant des symptômes irritatifs avec des symptômes inflammatoires, ne veulent voir en elle qu'une rétinite. Il nous suffit, en ce moment, de savoir que les vrais praticiens, accoutumés à baser leurs notions pathologiques sur la saine observation, ne mettent aucun doute sur la nature de cette affection, pour être dispensé de réfuter ces deux opinions.

« La marche qu'affecte cette ophthalmie est la chronique ; on la voit persister pendant plusieurs mois, quelquefois pendant plus d'une et deux années, et qui ne sait combien elle est rebelle aux médications par lesquelles on la combat ordinairement ; combien même sont sujets à s'accroître ses symptômes, en raison presque des traitements employés? C'est que la généralité des médecins, ne songeant qu'à la diathèse scrofuleuse que représente l'ophthalmie, croient à la nécessité de s'adresser

aux excitants internes ou externes, qui ne peuvent qu'accroître la surexcitation de l'organisme à laquelle la photophobie se lie intimement. Aussi regardons-nous cette manière de faire comme très-désavantageuse, irrationnelle, et comme une des causes principales de ténacité de cette ophthalmie.

« Ce que nous trouvons alors bien mieux indiqué et plus préférable, c'est de remplacer ces moyens excitants par un régime doux et anti-phlegmasique, par les émollients et surtout par un anti-scrofuleux doué de propriétés anti-irritatives ou hyposthénisantes, c'est-à-dire par l'hydrochlorate de baryte, substance doublement précieuse, en ce que non-seulement par ses propriétés anti-scrofuleuses elle agit sur la spécificité de l'ophthalmie, et la modifie en modifiant aussi la tendance scrofuleuse de l'économie, mais encore parce que par son action contro-stimulante elle est très-propre à calmer l'irritabilité générale des individus atteints de cette ophthalmie. »

M. Payan cite quelques observations à l'appui des bons effets qu'il a obtenus de l'hydrochlorate de baryte ; nous en rapporterons une.

« Obs. — La jeune Baptistine, âgée de cinq ans et demi, fut reçue à l'Hôtel-Dieu d'Aix en mars 1836. Depuis six mois, elle était souffrante d'une ophthalmie dont la persistance faisait craindre pour sa vue. Les yeux de la petite malade étaient tellement irritables qu'elle fuyait le grand jour et se couvrait les yeux avec les mains quand elle ne portait pas de bandeau. Il y avait aussi un spasme palpébral, un resserrement comme convulsif des paupières quand on voulait les entr'ouvrir au grand jour. Mais

le soir, au coucher du soleil, ces symptômes s'apaisaient, et on pouvait alors regarder les yeux, dont les cornées, légèrement opalines, étaient tourmentées d'une inflammation chronique : la chassie adhérente vers la base des cils indiquait aussi un peu de blépharite glanduleuse. La conjonctive était peu altérée. La petite malade offrait en même temps des signes d'une excitation fébrile prononcée : ainsi, la chaleur de la peau était accrue, le pouls avait de la dureté et de la fréquence, les lèvres étaient rouges et sèches, et le visage irrité : il y avait soif et rareté des selles. Ajoutons à cela que la jeune fille avait souvent des croûtes vers le front, les tempes, et aux oreilles, et qu'elle avait eu aussi quelques engorgements glanduleux au cou. Elle était, en outre, très-brune et nullement lymphatique.

« Voulant alors m'informer de la nature des soins qui lui avaient été administrés, la mère me fit l'énumération des divers moyens qu'avaient cru devoir employer plusieurs confrères qui l'avaient vue. J'appris ainsi que, pendant longtemps, on avait fait prendre à la jeune malade des infusions de houblon avec le sirop de Portal, qu'une douzaine de vésicatoires au moins, fréquemment excités par la pommade épispastique, avaient été promenés des bras à la nuque, de la nuque aux bras ; que des applications de sangsues avaient été aussi faites ; qu'enfin on avait fini par conseiller un séton, et que c'était pour éviter ce dernier moyen qu'on venait tenter si, à l'hôpital, on ne pourrait pas, à l'aide de moyens plus doux, obtenir la guérison. Avec ce genre de médications avait été en même temps prescrit l'usage des viandes rôties et du vin pour modifier la constitution sans doute prétendue lymphatique.

« Notre premier soin fut de faire cesser l'état d'éréthisme général qu'avait provoqué un traitement aussi

évidemment contraire. Pendant les trois premiers jours, la malade prit trois bains, des lavements, du lait, une tisane émulsionnée. Dès le quatrième jour de l'emploi de ces moyens, la peau avait recouvré de la fraîcheur, l'altération avait cessé, mais la photophobie existait toujours. Nous prescrivîmes alors la potion suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. : | Hydrochlorate de baryte. . . . | 2 grains. |
| | Sirop simple. . . . . . . . | 6 gros. |
| | Eau distillée. . . . . . . . | 3 onces. |

« A prendre par cuillerée de deux en deux heures; aliments maigres, abstinence de vin, collyre émollient, lait et lavements au moins de temps en temps.

« L'hydrochlorate de baryte fut continué pendant vingt-deux jours. La petite malade en prenait vers la fin jusqu'à 20 grains dans sa potion. Tous les deux ou trois jours on augmentait d'un grain.

« Nous ne le suspendîmes vers la fin que parce que la guérison était obtenue. La malade pouvait alors sortir sans bandeau et ouvrir les yeux au grand jour. Tous les symptômes ophthalmiques, excepté une légère sécrétion de chassie, avaient disparu. Des taches superficielles, signes des kératites qui avaient à plusieurs reprises assailli les cornées, gênaient un peu la vision. Elles paraissaient de nature à se dissiper par l'absorption active du jeune âge.

« Sans vouloir décrire ici minutieusement ce qui fut chaque jour observé pendant l'usage du remède, je me contenterai de déclarer que, quoique je l'eusse porté à une dose bien plus forte qu'on ne le conseille généralement dans les formulaires, aucun signe d'accident gastrique ne se manifesta; c'est même cette tolérance remarquable qui nous porta à augmenter les doses. Il n'y eut qu'un phé-

nomène qui devenait de jour en jour plus apparent, c'était la cessation progressive des symptômes ophthalmiques. »

M. Payan a vu sa méthode du traitement de l'ophthalmie scrofuleuse irritative constamment suivie de succès, excepté chez une fille adulte dont l'ophthalmie, tenant à une suppression menstruelle, ne cessa que lorsque le flux périodique de l'utérus eût repris son cours. . . .

Il a soin de faire remarquer, que ce n'est point contre toutes les ophthalmies scrofuleuses indistinctement qu'il recommande le chlorure de baryum. Il limite son emploi aux seuls cas d'ophthalmie scrofuleuse avec prédominance de symptômes irritatifs. Il le regarde, au contraire, comme sans effet dans l'ophthalmie scrofuleuse indolente. Cette différence d'action qu'il établit sur l'observation des faits, explique, selon lui, pourquoi tous les auteurs ne s'accordent pas à admettre les bons effets de ce médicament contre les ophthalmies scrofuleuses : c'est qu'ils méconnaissent cette différence importante.

Le docteur Otto (*Casper's Wochenschrift*) a combattu avec succès l'ophthalmie scrofuleuse par l'administration de l'extrait alcoolique de ciguë, vanté par MM. Kopp. (Ibid.), Cunier (*Bulletin méd. belge*, et *Bulletin thérap.*, 1838). Dans une ophthalmo-blepharo-pyorrhée qui avait résisté durant cinq mois à tous les traitements, M. Gottel (*v. Graefe und. v. Walther's Journal*) a donné avec une réussite complète, l'extrait de ciguë, en commençant par 9 gr. et en augmentant chaque jour d'un grain. La cure était parfaite le quatrième jour.

La conéine a été administrée avec succès par

M. Fronmuller (*v. Ammon's Monatsschrift*, III, 517) dans les cas de photophobie scrofuleuse. Il a prescrit conéine gr un à quatre, sucre blanc 40 grains, mêlez, div. en 8 parties égales, un paquet matin et soir. Ayant remarqué que cette préparation s'altérait tant par la trituration que par le contact de l'air, il lui a substitué la prescription suivante: Conéine deux grains, esprit de vin rectifié un scrupule, eau distillée cinq gros. Conservez dans un vase bien clos. S. 20 à 30 goutt. trois fois par jour.

Dans les cas les plus désespérés, on retire les meilleurs effets, au rapport de M. Erdmann (*v. Graefe und. v. Walther's Journal*) du quinquina donné à l'intérieur sous l'une ou l'autre forme.

La teinture de rhus toxicodendron a été employée (*Casper's Wochenschrift*) par M. Neuhaus, selon le conseil de M. Gescheidt. On en met autant de gouttes que le malade compte d'années, dans 4 onces d'eau, on en donne une cuillerée à bouche toutes les trois heures, et on augmente progressivement la dose. M. Neuhaus dit avoir retiré de cette préparation les meilleurs effets contre la photophobie.

4). *Ophthalmie arthritique.*— Sans vouloir nier l'existence de la goutte sur les yeux, M. Decondé (*Bull. méd. belge*) conteste le diagnostic qui en a été déduit, et n'admet l'existence de cette maladie que lorsqu'il y a concomitance ou imminence de goutte.

5.) *Ophthalmie rhumatismale.* — M. Cunier (*Ann. d'Oculist.*, IV, p. 241) a retiré de bons effets de l'émétique à haute dose, ainsi que de l'iodure de potassium. Ce dernier agent thérapeutique est vanté

par Rees (*The Lancet*, 1840), qui a signalé les mauvais effets de la saignée dans l'iritis rhumatismale.

6.) *Ophthalmie syphilitique.* — Nous mentionnerons ici une observation rapportée par M. Cunier d'ophthalmie vénérienne communiquée à un enfant par une fille présentant des symptômes primitifs de syphilis (*Ann. d'Oculist.*, IV. p, 238). Il existait dans ce cas une ulcération vénérienne de la conjonctive, phénomène excessivement rare. La syphilis affecte rarement une autre partie de l'œil que l'iris. On voit des ulcérations syphilitiques des paupières; M. Sichel (*Journ. des Conn. médicales*, VIII, p. 103) en a vu dans la cornée, M. Snabilié dans la conjonctive ou la sclérotique. M. Sichel a observé sur des syphilitiques qui n'avaient aucune prédisposition lymphatique, des conjonctivites pustulaires, des blépharites pustuleuses, présentant tous les caractères anatomiques de la conjonctivite et de la blépharite scrofuleuses.

M. Flarer a donné l'histoire d'un cas remarquable d'exophthalmie syphilitique guérie par l'eau de Pollini (*OEsterreich. med. Jahrbucher*).

M. Ricord a cru voir, soit dans l'orbite, soit dans la sclérotique, quelque chose d'analogue au sarcocèle syphilitique (1). C'est d'abord un gonflement du périoste orbitaire, puis un épaississement et une induration de la sclérotique qui, comprimant ses vaisseaux et ses nerfs, font éprouver des battements dans l'œil et des douleurs de compression qui s'exaspèrent la nuit. L'œil semble chassé de l'orbite.

(1) Bulletin thérapeutique, 1841 ; Encyclog. 1841.

Il est évident, d'après M. Ricord, que cela tient à l'épaississement du périoste; suivant lui encore, cette maladie aurait été confondue avec l'amaurose syphilitique, ou peut-être même avec l'iritis syphilitique, qui n'est qu'un symptôme secondaire. Malgré toute l'autorité que nous reconnaissons à M. Ricord dans les maladies vénériennes, nous ne pouvons, dit avec raison la *Gazette médicale* de Paris, accorder sans aucune autre preuve que celles données dans son mémoire, le gonflement périostique et surtout le gonflement de la sclérotique et la compression de ses nerfs; n'y a-t-il pas d'autres tissus qui peuvent se prendre dans la cavité orbitaire, et parce qu'une fois seulement un commencement d'exophthalmie et des douleurs dans l'œil auront disparu par un traitement mercuriel, est-ce une raison suffisante pour admettre une induration syphilitique de la sclérotique et de tout le périoste de l'orbite? La chose n'est pas impossible, mais il faudrait d'autres faits pour lui donner droit de domicile dans la science, d'autant plus que, sur le seul malade dont parle M. Ricord, le gonflement siégeait d'abord sur le frontal, puis sur l'arcade sourcilière, et se propageait *probablement* dans l'orbite, puisque, dit l'auteur, le malade y éprouvait des douleurs, et était complétement amaurotique.

*a. Iritis syphilitique.* — L'iritis syphilitique est, à bien des titres, l'une des formes les plus curieuses et les plus intéressantes de la syphilis constitutionnelle. M. Sichel en a donné dans son *Traité de l'ophthalmie, de la cataracte et de l'amaurose* (1837, p. 426-456), une description détaillée, qu'aujourd'hui encore, après trois années de nouvelles observations, il croit parfaitement exacte,

malgré ce qu'en ont dit quelques auteurs qui ne veulent point admettre que les caractères anatomiques de cette phlegmasie aient quelque chose de caractéristique. Cet ophthalmologue a pensé qu'il ne serait pas inutile de faire connaître (*Journ. des connaissances médicales*, décembre 1840, janvier 1841) quelques observations authentiques d'iritis syphilitiques, reconnues pour telles à leurs *caractères anatomiques* et *par la simple inspection de l'œil*, et d'examiner quelles sont les raisons pour lesquelles certains écrivains refusent de reconnaître que cette affection se distingue par des symptômes locaux particuliers. M. Sichel rappelle succinctement ces caractères :

« 1° La décoloration de l'iris a quelque chose de particulier; cette membrane prend quelquefois dans toute son étendue, mais toujours dans son petit cercle, une teinte d'un rouge cuivré ou une couleur violacée.

« 2° Ce même petit cercle se gonfle beaucoup plus que dans les iritis d'autre nature; il semble comme épaissi par une couche tomenteuse ou floconneuse. Parfois le changement s'étend au grand cercle. Ces deux caractères, dus à une vascularité particulière du petit cercle de l'iris, sont *constants;* ils débutent d'ordinaire dans la partie supérieure interne du petit cercle iridien, et plus tard encore, quand la maladie est arrivée à son summum d'intensité, ils restent plus marqués dans la partie supérieure interne de l'iris et surtout de son petit cercle.

« 3° La partie supérieure interne de la pupille prend une forme anguleuse; elle est tiraillée en haut et en dedans, et quelquefois pointue dans cette direction. Souvent on peut reconnaître que ce phé-

nomène est dû à des adhérences peu étendues entre la partie supérieure interne de la marge pupillaire et la partie correspondante de la cristalloïde, et produites par un dépôt de matière fibro-albumineuse. Ces adhérences se trouvent souvent placées des deux côtés à la base du triangle formé par la partie supérieure interne de la pupille, qui est devenue immobile, tandis que dans tout le reste du pourtour pupillaire, la forme et la mobilité normales de cette ouverture sont conservées; par suite du tiraillement de sa partie supérieure en haut et en dedans, toute la pupille peut prendre une forme ovalaire de dehors en dedans et de bas en haut. Si l'on ne peut expliquer pourquoi le travail phlegmasique est plus fortement prononcé dans la partie supérieure interne de la membrane malade pour laquelle il semble marquer une certaine prédilection, ni pourquoi il y produit plus fréquemment des adhérences, de préférence à toutes les autres parties, il ne faut pas rejeter pour cela ces symptômes constatés par une observation répétée et fort exacte; on n'explique pas mieux la couleur particulière des syphilides de la peau, ni la prédilection de la syphilis constitutionnelle pour les os, ni la raison pour laquelle elle affecte l'iris plutôt que la choroïde, malgré la texture semblable de ces deux membranes.»

M. Sichel n'a jamais prétendu que cette déformation pathologique de la pupille fût constante, mais elle existe dans la majorité des cas; il n'a pas dit davantage qu'il y attachait une importance absolue, car les deux premiers caractères suffisent parfaitement pour assurer le diagnostic. Il s'est borné à dire qu'il serait bon de noter et d'observer le phénomène, à cause de sa fréquence. En outre, quand il manque, la décoloration et l'aspect tomen-

teux de l'iris, surtout dans son petit cercle, sont plus marqués dans ses parties supérieures interne ou externe, dans lesquelles, ainsi qu'il a été dit plus plus haut, la maladie débute le plus souvent.

« 4° Quelquefois on voit se former sur l'iris, le plus souvent sur le petit cercle, surtout dans sa partie interne, des élévations larges de deux à trois millimètres, et même davantage, arrondies, hautes d'un ou tout au plus de deux millimètres, d'une teinte jaunâtre, recouvertes à leurs circonférences, et quelquefois même dans toute leur étendue, de vaisseaux d'un rouge sombre qui leur donnent le même aspect cuivré et tomenteux qui a été signalé ci-dessus dans le petit cercle. On a comparé ces élévations particulières du tissu de l'iris à des condylômes.

« Ces deux derniers caractères sont moins constants que les deux premiers, mais ils existent, le troisième dans la majorité des cas, le quatrième dans un très-grand nombre. Ils surviennent d'ordinaire plus tard que les premiers.

« Cette iritis est toujours un signe de syphilis constitutionnelle secondaire ou tertiaire. Toutes les fois que l'on trouve les caractères anatomiques exposés par M. Sichel, le malade a eu des ulcérations primitives chancreuses. Tantôt l'iritis remplace à elle seule une syphilis constitutionnelle secondaire; tantôt elle a été précédée de syphilides de la peau, de bubons, ou d'autres symptômes de syphilis secondaire, et constitue ainsi une syphilis tertiaire, qui peut être accompagnée d'autres symptômes, tels que, p. e., de chancres de l'arrière-gorge. On trouve toujours que l'affection primitive a été négligée totalement ou traitée insuffisamment. »

M. Sichel fait suivre ce résumé succinct des symptômes de l'iritis syphilitique, de quelques observations détaillées et authentiques, pouvant servir de pièces à l'appui.

Bien que le savant oculiste parisien ait reconnu que la forme particulière de la pupille n'est pas un symptôme aussi invariable que les autres, il possède cependant, comme nous, des observations authentiques, dans lesquelles ce caractère, survivant à la phlegmasie spécifique, lui a servi à diagnostiquer positivement la natùre et la cause de la maladie par la simple inspection de l'œil. A deux observations de cette espèce qu'il a publiées dans la *Gazette des Hôpitaux* (1833, n° 33), M. Sichel en ajoute deux nouvelles, auxquelles nous pourrions en joindre quelques-unes, tirées de notre pratique; la première est rédigée par le malade lui-même, médecin fort distingué : le traitement dirigé d'après le diagnostic et les indications fournies d'abord par les seuls caractères anatomiques, et confirmé par le commémoratif, lui a rendu l'usage d'un œil regardé par lui-même comme irrévocablement perdu, après les traitements les plus variés.

Si des auteurs, fort recommandables d'ailleurs, n'ont pas reconnu les caractères anatomiques de l'iritis syphilitique, cela ne tient-il pas, dit M. Sichel, à ce qu'ils ont cru que toute iritis, survenue par des causes accidentelles chez un individu affecté autrefois de syphilis, devait nécessairement prendre la forme et l'aspect de l'iritis syphilitique, tandis qu'on doit raisonnablement s'attendre à ne les trouver que là où la syphilis a été incomplètement éteinte ?

Parmi les objections qu'on a élevées contre la réalité des caractères anatomiques de l'iritis syphiliti-

que, on a insisté sur les suivantes : quelquefois, dans l'iritis syphilitique des deux yeux, une pupille devient angulaire en haut et en dedans, tandis que l'autre présente une inégalité de forme sur un autre point de sa circonférence, et est tiraillée dans une autre direction ou même conserve sa forme régulière. A cela M. Sichel répond en répétant qu'il n'a jamais regardé cette difformité comme un signe pathognomonique constant ; il ajoute que l'iritis syphilitique affecte plus souvent un seul œil que les deux yeux ensemble, et que dans les cas où tous deux sont atteints à la fois, la maladie débute à une période différente dans l'un et dans l'autre. Or, le caractère syphilitique de l'iritis ne se développe pas de prime abord, mais devient manifeste quand elle a existé un certain temps. Dans le commencement, l'iris est simplement décoloré, sans être ni d'une teinte cuivrée, ni d'un aspect tomenteux. La pupille reste ronde, mais plus ou moins immobile et resserrée. Ces symptômes communs de l'iritis se développent ainsi sous l'influence d'une cause irritante locale, telle que l'introduction d'un corps étranger dans l'œil, un travail fatiguant, une lumière vive, la chaleur du foyer surtout, et le plus souvent un coup d'air. Quand par suite de cette irritation locale l'iris a présenté pendant quelque temps les caractères de son inflammation simple, si le malade a été autrefois affecté de syphilis insuffisamment combattue, l'organe enflammé devient un centre d'attraction pour l'iritis syphilitique. De cette manière toute iritis peut se changer en iritis syphilitique, et ce n'est qu'alors que les caractères spéciaux apparaissent et viennent se joindre aux symptômes déjà existants. Ainsi l'iris prend la teinte cuivrée, et se recouvre d'une couche

tomenteuse plus ou moins élevée; plus tard encore la pupille, le plus souvent, change de forme; elle devient anguleuse et pointue en haut et en dedans; elle est tiraillée vers cet endroit où l'iris devient plus étroit, et elle présente alors, en général, un ovale dirigé de bas en haut et de dehors en dedans. Ces changements survenant à des périodes inégales dans les deux yeux, il n'y a rien d'étonnant de les trouver développés à un œil et non encore dans l'autre. Si alors on ne combat pas la syphilis et si l'on se borne à un traitement purement antiphlogistique, on verra, *en ne perdant pas de vue* le malade, les mêmes phénomènes se développer dans l'autre iris. Quelquefois on est assez heureux pour les faire avorter ou pour empêcher leur développement dans le second œil, en mettant immédiatement en usage un traitement antivénérien et antiphlogistique très-énergique. M. Sichel a fait toutes ces expériences et essayé, tantôt les différents modes de traitement, tantôt l'expectation, et toujours il a obtenu les résultats qui viennent d'être indiqués, circonstances qui ont dû naturellement fortifier sa conviction.

M. Velpeau a combattu, aussi dans le *Journal des connaissances médicales* (février 1841, Encycl., 4e série, vol. VI), les idées émises dans le mémoire de M. Sichel. Il tire de quelques observations qu'il rapporte cette conclusion que, « *les signes imaginés par certains auteurs pour diagnostiquer l'iritis syphilitique sont de pures créations de l'esprit, et qu'à l'aide d'une certaine médication il est toujours possible d'éteindre rapidement l'iritis aiguë.* »

Selon lui, il est inexact de dire que dans l'œil la syphilis affecte presque exclusivement l'iris. « On

sait, ajoute-t-il, que la syphilis constitutionnelle ne revêt presque jamais la forme d'inflammation aiguë. S'il est vrai que l'anneau sclérotidien soit souvent d'un rouge pâle briqueté (Weller), il l'est également que ce cercle revêt quelquefois, dans les diverses sortes d'iritis aiguë, une couleur rouge très-vive. Quant à dire, qu'il s'avance jusque sur le contour de la cornée sans le dépasser (Stœber), j'ajouterai que ceci n'est ni constant ni propre à l'iritis syphilitique. La couleur cuivrée de l'iris, les flocons qui flottent sous forme de franges roussâtres à la circonférence de la pupille, les espèces de végétations ou de petits polypes observés au fond de la chambre antérieure (?), tout cela semblerait plus concluant; mais ce n'est guère que dans l'iritis chronique qu'on les observe; et encore n'est-il pas sûr que ce soient des symptômes exclusivement propres à l'iritis syphilitique. Les petites masses polypiformes elles-mêmes pourraient bien n'être que d'anciennes concrétions fibrineuses ou plastiques, vascularisées par suite d'une vive inflammation quelconque. La teinte, la coloration en jaune, en rouge cuivré, auraient donc seules ici une véritable valeur, lorsque les douleurs ostéocopes du front ou des membres mentionnées par quelques auteurs, ou des symptômes évidents de syphilis dans d'autres régions, ne sont pas là pour éclairer le diagnostic. Je répète que tout ceci n'est d'ailleurs applicable qu'à l'iritis chronique. »

Pour M. Velpeau, il n'y a aucun rapport entre les formes que peut revêtir la pupille et les diverses causes de l'iritis.

Une iritis aiguë étant donnée, rien, selon lui, dans ce qu'en ont dit *certains oculistes*, n'autorise à distinguer celle qui est syphilitique de celle qui ne l'est pas.

*b. Ophthalmie blennorrhoïque.* — La méthode ectrotique qui a valu de si beaux résultats à M. Gouzée (*Ann. d'Oc.*, IV, p. 149, V, p. 193) trouve un partisan en M. Ricord (*Bull. thérap.*, février, p. 132). Si une première cautérisation ne suffit pas, il y revient le soir, le lendemain, jusqu'à « ce qu'enfin on n'ait plus que l'inflammation du nitrate d'argent. » Pour prévenir les inflammations profondes du globe, M. Ricord a recours, suivant l'indication, aux saignées générales, aux révulsifs, etc ; il trouve la saignée locale très-utile, mais les sangsues ne doivent pas être appliquées à la tempe, derrière l'oreille, près de l'aile du nez. Appliquées sur les paupières, elles produiraient « une congestion sanguine qui occasionnerait l'ecchymose des paupières. Dans l'intervalle des cautérisations directes, si on est obligé de les renouveler toutes les trois ou quatre heures, on injectera quelques gouttes d'une solution de 15 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé dans 40 grammes eau distillée. On pourra augmenter, au besoin, la dose du nitrate d'argent. » — M. Ricord fait injecter entre les paupières de l'eau de pavots, tenir en permanence sur l'œil des compresses imbibées de ce liquide, pratiquer des frictions autour de l'orbite avec onguent mercuriel et extrait de belladone, ana parties égales.

M. Van Onsenoort nous a appris (*Nederlandsch Lancet*, vol. II, p. 487), que la méthode ectrotique est aussi celle de Guthrie, qui donne en même temps à l'intérieur les *blue-pills*.

On trouve dans les *Annales d'Oculistique* deux faits rapportés l'un par M. Noppe (III, p. 79), l'autre par M. Cunier (IV, p. 238), qui prouvent que les mêmes résultats dus à la cautérisation avec le

crayon de pierre infernale peuvent être obtenus par la solution concentrée de nitrate d'argent, qui est infiniment plus facile à manier que le crayon.

Une observation d'ophthalmie évidemment métastatique d'une blennorrhagie urétrale est rapportée par M. Marquand dans le *Journal des Connaissances médicales* (février 1841). (*Encyclog.*, 4e s., vol. V, 578.)

M. Decondé, qui a publié (*Ann. d'Oculist.*, vol. I, p. 341) un mémoire sur l'ophthalmie qui nous occupe, s'est attaché dans un travail communiqué au Cercle médico-chirurgical de Bruxelles (*Bulletin méd. belge*, sept.), à faire ressortir les caractères qui la rapprochent de l'ophthalmie des armées. » Il attribue une très-large part à la gonorrhée dans la production de l'ophthalmie en Egypte, et il croit qu'il s'y montre beaucoup de cas d'ophthalmie blennorrhagique. » Il ne considère cependant pas le flux urétral comme source unique du mal.

Le docteur Haun, de Juliers (*Medic. Zeitung*, n° 52, 1840), a vu une ophthalmie gonorrhoïque, promptement destructive, se déclarer chez un soldat qui s'était lavé les yeux, quelques heures auparavant, dans l'eau qui avait servi à nettoyer l'œil d'un militaire pris de ce mal.

7.) *Ophthalmie intermittente.*— Les *Annales de la Société de médecine de Gand* (août 1840), renferment l'observation, communiquée par M. Heyman, d'une conjonctivite qui, cinq fois en quatre ans, affecta un jeune homme. Les révulsifs et les antiphlogistiques n'enrayèrent jamais la marche du mal d'une manière subite; l'œil n'était jamais revenu à l'état normal qu'après une durée de six à sept semai-

nes, et avoir fait beaucoup souffrir le malade. A la sixième atteinte, M. Heyman fut appelé; quoique l'examen de l'œil dénotât un état inflammatoire de la conjonctive, il hésita cependant à avoir recours aux antiphlogistiques, à cause d'une espèce d'intermittence qu'il crut remarquer dans la marche de l'affection; ce doute augmenta quand il considéra le tempérament du sujet, la saison de l'année, le retour constant de l'ophthalmie à des époques fertiles en maladies périodiques, et le séjour assez prolongé que le malade avait fait antérieurement dans les Polders. M. Demuynck, appelé en consultation, reconnut aussi le caractère intermittent et conseilla de recourir sans crainte à l'hydro-ferro-cyanate de quinine. L'intermittence se dessina clairement le troisième jour; en douze jours l'ophthalmie avait cessé sans l'auxiliaire d'aucun moyen local.

Deux faits semblables par leur nature à celui de M. Heyman, ont été rapportés dans ces derniers temps. Dans celui de M. Szokalski (*Ann. d'Oculist.*, vol. I, p. 327), il s'agit d'une ophthalmie revenant tous les trente jours; celui de M. Decondé (*ib.*, vol. III, p. 143) a trait à une kératite aiguë intermittente. M. Herschmann (*OEsterreich. med. Jahrbucher*, XXI, liv. 2) a vu une ophthalmie revêtir la forme d'une fièvre intermittente tierce; une semblable affection a été observée par le docteur OEterlen, de Stuttgart (*Med. Correspondenzblatt*, IX, n° 11, 1840).

8.) *Ophthalmie due à l'altération du sang.*—A la suite de la publication dans les *Annales d'Oculistique* (III, p. 137) d'un mémoire de M. C. Canstatt sur les affections pernicieuses des yeux qui sont la suite de l'infection purulente du sang, M. Caffe

a adressé au *Journal des Connaissances médicales* une note qu'il termine ainsi :

« Aux opinions de M. Magendie, aux faits et aux développements pleins de logique apportés par M. Canstatt, je crois utile et je demande la permission de rappeler ici ce que je publiai dans une brochure ayant pour titre : *Considérations sur l'histoire médicale et statistique du choléra-morbus de Paris* (*mai* 1832). La description que je donnai du choléra contenait entre autres ce passage : « Les yeux sont enfoncés dans leur orbite ; « un cercle livide les entoure. Le globule oculaire « est quelquefois convulsé, renversé en haut et en « arrière. Les paupières ne recouvrent le globe « qu'aux deux tiers ; les pupilles sont immobiles, « non-dilatées ; la cornée transparente est terne, « opaque ; une ecchymose noirâtre se trouve sur la « sclérotique, au bord extérieur de la cornée tran-« sparente. *J'ai vu deux cas d'ulcération de la « cornée, avec issue des humeurs de l'œil et « perte de la vision ; ces deux malades ont re-« couvré la santé.* »

« Ces faits très-curieux et qui se passaient à l'hôpital de la Pitié, dans le service dont j'étais l'élève interne et pendant que le choléra sévissait avec la plus grande intensité, je les ai vus se reproduire le 15 août 1837. Lorsque le choléra ravageait pour la seconde fois la Provence et le Languedoc, me trouvant à l'Hôtel-Dieu de Marseille, je rendis témoin M. Reymond, chirurgien en chef, d'une ulcération de la cornée droite, chez un vieillard, depuis vingt-quatre heures dans la période algide du choléra, et qui succomba quelques heures après. M. Reymond et ceux qui l'accompagnaient me remercièrent

de cette observation qu'ils recueillaient pour la première fois.

« Tout le monde sait que l'altération du sang chez les cholériques est des plus prononcées ; il y a donc dans les faits que je rapporte une confirmation de l'opinion que des affections graves des yeux sont consécutives ou accompagnent certaines altérations du sang. »

Des faits de la nature de ceux rapportés par M. Canstatt ont été consignés dans les *Annales d'Oculistique*, II, p. 61, par M. Masius et dans une thèse sur l'ophthalmie puerpérale défendue à Prague. (*Dissertatio inaug. sistens historias sinopticas ophthalmiarum duarum phœnomenis et decursu singularium in clinico ophthalm. Pragensi observatarum* (1).

8. *bis.*) *Ophthalmie des nourrices.* — Nous empruntons à la *Gazette médicale de Paris* l'analyse suivante d'un mémoire publié (*v. Ammon's Monattschrift.* III) par M. Nasse, professeur à la Faculté de Marbourg.

« Dans ces derniers temps, on s'est surtout rendu attentif aux abcès métastatiques qui suivent les opérations ; l'œil n'en est pas plus exempt que tous les autres organes, et il paraît, d'après MM. Hall, Hingibotton, Moser, Canstatt, etc., que la suppuration des membranes de l'œil, mais surtout de la cornée, n'est pas rare chez les femmes en état de puerpération, et survient à la suite de quelques inflammations du bas-ventre. Tous les cas observés se

---

(1) Voir Ammon's Monatsschrift, III, l'analyse de cette dissertation par M. Warnatz.

sont terminés par la mort. (Voir *Canstatt*, l. suprà cit.) Dans ce mémoire, il n'est pas question de kératite maligne, mais d'une autre, guérissable, qui ne survient pas dans les premiers jours de l'accouchement, mais plus tard, chez les nourrices. D'après le professeur de Marbourg, elle n'apparaît que quelques mois après l'accouchement, et même au bout d'un an et demi, si la lactation est continuée aussi longtemps. Elle s'annonce par une irritation et plus tard une injection de la conjonctive oculaire, en prenant la forme catarrhale, et quelquefois aussi vésiculeuse. Parfois la maladie revêt un caractère rhumatismal, ou survient à la suite d'une éruption vésiculeuse de la face. De la conjonctive, l'inflammation passe en peu de temps à la cornée, et est accompagnée de douleurs oppressives et pongitives dans l'œil et au-dessus du bord orbitaire; ces douleurs ne sont pas toujours très-vives et diminuent bientôt; la photophobie est en général peu prononcée. La conjonctive est très-rouge et un peu boursoufflée; la vue est trouble. Dans tous les cas il s'est formé, du troisième au huitième jour de la maladie, un abcès sur la cornée, et ordinairement il ne s'est trouvé que sur un seul œil, tandis que l'autre ne souffrait que peu ou point du tout. A mesure que l'abcès se forme, les symptômes inflammatoires diminuent; par contre, l'abcès, qui a toujours son siége au milieu de la cornée, gagne en largeur, si on ne l'arrête pas par un traitement convenable; il peut même pénétrer dans la chambre antérieure et y occasionner un hypopion.

« Cette maladie ne paraît pas être liée à une saison particulière de l'année, mais plutôt à une époque de la vie. Les femmes qui y sont les plus sujettes sont celles de 28 à 38 ans, et surtout

celles qui ont déjà eu plusieurs enfants. Les scrofules, le rhumatisme, etc., ne semblent avoir qu'une influence secondaire sur cette maladie, qui paraît toujours être précédée d'une grande lassitude et d'un amaigrissement, suite des fatigues de l'allaitement. Les saignées ne sont jamais indiquées; on retire de bons effets des vésicatoires placés derrière les oreilles, des dérivatifs intestinaux et des diaphorétiques. L'esprit de Minderer, uni aux infusions amères, le vin de colchique, la teinture de gaïac, et, en cas d'épuisement de la malade, le quinquina avec l'acide sulfurique, tels sont les moyens à employer. Ce qui est toujours indispensable, c'est de sévrer l'enfant ou de diminuer l'allaitement; le régime doit être tonique, sans être stimulant. En collyre, on donne la teinture d'opium seule, ou unie à la pierre divine. Deux ou trois semaines de traitement suffisent pour la guérison complète.

Obs. I. — Une femme de 30 ans nourrit depuis neuf mois son premier enfant, qui est très-fort, et ne prend d'autre nourriture que le lait de sa mère. Celle-ci, toujours bien portante, se plaignait depuis seize jours de lassitude, d'anorexie, de chaleur fugace et de céphalalgie; elle devint de plus en plus maigre; le pouls était fréquent, petit et faible; il n'y avait pas de symptômes du côté de la poitrine. Il y a 8 jours, elle fut prise, sans cause connue, d'une ophthalmie très-douloureuse, surtout de l'œil gauche, sur lequel on vit paraître un ulcère de la grandeur d'une lentille; la conjonctive était rouge et boursoufflée, la photophobie peu prononcée.

Obs. II. — Femme de 29 ans, constitution forte, toujours bien portante, se sentant très-fatiguée par l'allaitement d'un garçon de 15 mois; il y a 9 jours, elle fut prise d'une ophthalmie catarrhale, qui envahit bientôt la

Magendie a observé des ulcérations et des perforations de la cornée sur des chiens auxquels on faisait souffrir la faim, ou auxquels on injectait de l'eau et du sérum dans les veines, et en général on observe des kératites ulcéreuses sur les individus épuisés par d'abondantes saignées, des jeûnes prolongés et des suppurations copieuses, et, chose remarquable, ce n'est ordinairement qu'un œil, rarement les deux qui sont en même temps gravement affectés. (Voir *Canstatt*, l. sup. cit.)

Nous n'entrerons pas dans de longs détails sur l'hypothèse iatro-mathématique par laquelle l'auteur cherche à expliquer comment les globules de lymphe et les disques du sang, venant à être agglutinés par un état particulier du sérum, s'arrêtent entre les lamelles de la cornée, distendent celles-ci et produisent l'ulcération.

C. *Lésions organiques, le plus souvent suites de l'inflammation.*

1.) *Ptérygion.*—Le docteur Snabilié a confirmé, dans un mémoire d'ophthalmologie pratique (*Nederlandsch Lancet*, 1840) les remarques de M. Cunier sur la nature du ptérygion (*Ann. d'Ocul.*, I, p. 469, *Bull. méd. belge*, 1837).

M. Guépin (*Ann. de la Soc. des Sc. méd. et nat. de Malines*, 1841), et M. Chaumet (Journ. de la Soc. de méd. de Bordeaux), ont obtenu des guérisons par l'excision et la cautérisation.

2.) *Excroissances de la conjonctive et de la sclérotique.* — L'observation suivante est rapportée par M. Guépin (*Gaz. méd. de Montpellier*, 1841) :

Obs.—« Un tourneur de chaises se présente à ma visite et me raconte qu'ayant failli être surpris avec une jeune personne de son âge, un soir qu'il était à fouler les blés avec elle, il se leva précipitamment et fut piqué par une guêpe; que depuis lors, il a toujours souffert dans la partie de la paupière atteinte par l'insecte, et qu'il s'y est formé une tumeur. J'examinai l'œil de ce tourneur et je reconnus un polype pyriforme et aplati; je me préparais à l'enlever; M. Gélée, mon aide, tenait le polype avec des pinces et je relevais la paupière, lorsque la tumeur un peu tiraillée resta aux mains de mon aide. Je l'ai disséquée; elle se composait de deux muqueuses superposées, dont l'une formait la doublure de l'autre. de telle sorte qu'on traversait quatre membranes en la piquant par son milieu

« Je croyais mon malade guéri, mais il revint le lendemain se plaignant encore de la piqûre de sa guêpe; je relevai la paupière et j'aperçus comme la pate d'une grosse araignée. Je la saisis avec des pinces et je parvins à extraire une portion d'épi de blé longue de plus de deux centimètres et tout à fait noircie. C'était là sans aucun doute la guêpe qui avait piqué notre tourneur de chaises et déterminé la formation d'un polype. »

De Wenzel, M. Lawrence, avaient déjà fait connaître des faits de la nature de celui observé par M. Guépin; on trouve dans les *Annales d'Oculistique* (vol. II, p. 153), l'histoire d'une fille chez laquelle une pareille tumeur avait été déterminée par la présence d'un fétu de paille long de 8 lignes. Cette dernière observation a été extraite par M. Cunier du livre de M. Riberi, *Trattato di Blefarottalmia-therapia operativa.*

L'observation ci-après de M. le docteur Delvigne,

de Liége, a paru dans les *Annales de la Société de medecine d'Anvers*. 1840.

Obs. I. — Un jeune homme portait dans l'œil, depuis huit mois, une petite tumeur, qui ne causait que la sensation d'un corps étranger.

Le 6 octobre 1839, le jeune malade vint consulter M. Delvigne, qui découvrit sous la paupière supérieure tuméfiée, une tumeur rouge, grenue, spongieuse, adhérente aux deux paupières, et située dans l'angle externe de l'œil. Le chirurgien diagnostiqua une tumeur fongueuse partant de la sclérotique. Elle fut cautérisée avec du nitrate d'argent; mais quelques jours après elle reparut; l'extirpation fut alors décidée. La commissure externe des paupières étant prolongée en dehors, la tumeur fut saisie avec une érigne, et extirpée à l'aide de ciseaux courbes sur le plat. Une portion du cartilage tarse fut enlevée avec elle. Les choses allèrent d'abord fort bien, la plaie de la commissure se réunit, et déjà l'œil commençait à se déterger, quand au bout de trois semaines, la tumeur avait pris le volume d'une noisette, avait déjeté l'œil en dedans, en occasionnant de vives douleurs. Prévoyant que quelques racines du mal étaient restées profondément cachées dans l'orbite, le chirurgien se décida à une opération plus grave que les précédentes. Pour bien mettre à nu tout le mal, il ne craignit point de diviser verticalement la paupière supérieure dans toute sa hauteur. La tumeur, alors bien mise à nu, fut détachée de la sclérotique en dedans, de la face externe de l'orbite et de la glande lacrymale en dehors. Après l'opération, tout le côté externe de la sclérotique se trouvait mis à nu : probablement, dit l'opérateur, le muscle droit externe avait été coupé, et cependant il n'y avait pas déviation de l'œil en dedans. La tumeur avait le volume d'une olive; elle était

d'une trame cellulo-fibreuse, criait sous le scalpel; à sa surface elle était molle et gorgée de sang, et se laissait aisément écraser sous le doigt. Deux points de suture réunirent la paupière supérieure, et la plaie fut pansée simplement. Le cinquième jour, la suppuration était établie, un petit abcès se montra sur la paupière supérieure, s'ouvrit de lui-même et forma une fistule par laquelle les larmes s'écoulaient. Un stylet boutonné, introduit chaque jour entre l'œil et la paupière supérieure, pratiqua une voie aux larmes, qui cessèrent dès-lors de couler par la paupière. Tout le temps que le malade resta à l'usage du bouillon et d'aliments légers, les bourgeons charnus arrêtés dans leur développement végétèrent; à peine le malade fut-il remis à une bonne nourriture qu'ils s'accrurent rapidement et comblèrent le vide laissé par la tumeur.

*La Gazette médicale de Paris*, en analysant cette observation, rappelle combien il faut se garder de toucher avec les caustiques aux tumeurs de mauvaise nature quand ces agents ne doivent pas les détruire en totalité. La cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, dont les bons effets n'ont jamais été observés par le chirurgien de Liége dans des cas semblables, ne peut en effet les guérir. Pour peu qu'une masse, qu'une surface cancéreuse, aient d'épaisseur, le nitrate d'argent devient impuissant à en opérer la destruction; cela ne prouve pas l'inefficacité des caustiques, mais cela prouve seulement que le nitrate d'argent est un caustique d'une trop mince énergie pour détruire même un cancer superficiel. Quant à la division de la paupière supérieure, c'est une complication qu'il faut éviter le plus possible en vue de la petite difformité qu'elle

laisse toujours, quelque exacte que soit la réunion ; mais il est évidemment des cas où une pareille considération est d'un faible poids en présence de la nécessité d'enlever un mal profond.

Les deux faits ci-dessous, cités par M. Chaumet, chirurgien en chef de l'hôpital St-André de Bordeaux (*Journ. de la Soc. royale de méd. de Bordeaux*, 1840), sont remarquables, non-seulement en ce qu'ils montrent, comme celui de M. Delvigne, le manque d'énergie du nitrate d'argent, mais en ce qu'ils établissent la possibilité d'opposer à certaines maladies de l'œil le fer incandescent.

Obs. I. — « Catherine Guimberteau, vingt-deux ans, domestique chez M. de Monchy, rue Gouvion, n° 6, portait une dégénérescence fongueuse au côté externe du globe oculaire gauche depuis plus de quinze mois. Cette tumeur, contre laquelle les cautérisations par le nitrate d'argent, pratiquées maintes fois par deux médecins spéciaux de cette ville, avaient complétement échoué, était, le 30 janvier, jour de son entrée à l'hôpital, du volume d'une grosse noisette, un peu aplatie, d'un rouge foncé, occupant le quart externe de la surface scléroticale, et s'étendant par un prolongement antérieur sur la cornée transparente, de manière à recouvrir la moitié du champ de la pupille. Non-seulement, comme on le présume bien, cette tumeur gênait déjà considérablement la fonction de l'organe, mais elle causait une difformité repoussante, en tenant constamment les paupières écartées. Du reste, peu de douleurs ; seulement, par temps, quelques lancements.

« Cette jeune malade fut soumise à quelques soins préalables et fut opérée le 2 février de la manière suivante :

« Après avoir emporté avec le bistouri convexe les portions les plus superficielles de la tumeur, nous excisâmes avec ménagement toute sa portion cornéale. Le sang qui s'écoulait en abondance nous força plusieurs fois à suspendre l'action de l'instrument tranchant, pour faire faire des ablutions répétées d'eau froide. Enfin, après avoir soigneusement abstergé, fait agir l'instrument en dédolant, nous arrivâmes aux couches les plus profondes, à la sclérotique ; mais persuadés que le tissu de celle-ci n'était pas parfaitement sain, nous crûmes devoir recourir à l'action du fer rouge, et deux applications de stylets boutonnés incandescents furent immédiatement faites.

« La douleur, inséparable de l'action du feu, fut combattue par des lotions d'une eau opiacée froide, dont on imbibait des compresses pour recouvrir le front, renouvelées toutes les heures, et l'administration d'une potion avec soixante grammes de sirop d'acétate de morphine. La journée et la nuit qui suivirent l'opération furent assez calmes ; toutefois, la saignée générale fut répétée deux fois durant les deux premières quarante-huit heures, et ce ne fut qu'au bout de plusieurs jours que cette malade commença à s'habituer à l'influence de la lumière.

« En définitive, consécutivement à de légères cautérisations pour réprimer les bourgeons charnus, l'instillation matin et soir du collyre avec l'acétate de plomb, et vers la fin, les instillations du calomel furent faites. Cette malade est sortie le 24 mars, entièrement rétablie. »

Obs. III. — « Ducournau (Anne), soixante ans, du Mont-de-Marsan, entra à l'hôpital le 18 septembre, pour un fongus considérable de l'œil gauche, apparu depuis plus de deux ans, après une inflammation conjonctivale in-

tense. Sous l'influence d'un traitement plus ou moins excitant, la tumeur, d'abord très-petite, s'est successivement accrue, au point que lorsque nous examinâmes cette malade, nous crûmes tout d'abord à une dégénérescence fongueuse du globe oculaire lui-même; mais un examen plus attentif nous fit de suite reconnaître que cette tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, couchée horizontalement dans l'intervalle des paupières qu'elle tenait écartées, avait sa base en dehors du champ de la cornée, sur la sclérotique, vers le côté supérieur de l'œil, et la cornée n'était totalement recouverte que parce que la résistance de la paupière supérieure, incessamment opposée à cette espèce de champignon vasculaire, le forçait à se porter en bas et en avant.

« Cette malade, dont la santé générale était bonne d'ailleurs, sans autres soins préalables que le repos, la diète et l'usage de la tisane de chicorée, fut opérée le 20 septembre, par le procédé déjà suivi chez Guinberteau, à la seule différence que la dissection de la tumeur fut commencée et terminée avec des ciseaux, et que l'application du fer rouge fut plus étendue et plus durable.

« L'œil fut pansé et fut conduit de la même manière que dans le cas précédent; seulement on n'eut à faire qu'une seule saignée générale, à toucher légèrement les granulations celluleuses pour conduire cette malade à une rapide et parfaite guérison. »

3.) *Xérosis.* M. Rau, professeur à la Faculté de médecine de l'université de Berne, a recueilli (*v. Ammon's Monatsschrift. — Gaz. Méd.*) les deux cas suivants de xérosis de la conjonctive :

Obs. I.—Un garçon de dix ans, blond, d'un habitus scrofuleux, fut apporté en 1836 à M. Rau, pour une

affection particulière de l'œil, qui, d'après le dire du père, durait déjà depuis plusieurs mois. Le malade se plaignait d'une sensation désagréable aux deux yeux, qui, sans être douloureuse, le forçait continuellement de les frotter : sa vue était fatiguée par la fréquentation de l'école. L'enfant avait toujours été bien portant, sauf quelques très-légères inflammations des yeux ; maintenant ces derniers présentaient les particularités suivantes : la cornée était entourée d'un cercle mat, d'une ligne et demie de largeur et de l'épaisseur d'une carte à jouer; de loin, on aurait pris la maladie pour une opacité sénile. En examinant l'œil de plus près, on voyait que l'auréole qui entourait la cornée formait des saillies dans lesquelles on ne pouvait découvrir de vaisseaux injectés, même avec la loupe. Les limites entre la cornée et la sclérotique avaient presque disparu, de sorte que ce cercle ne formait que la continuation de la conjonctive scléroticale, dans laquelle on remarquait, indépendamment d'un réseau de vaisseaux fins, quelques autres vaisseaux plus gros, qui se dirigeaient en serpentant en arrière. La conjonctive étant terne, non transparente, complétement dépourvue d'éclat, il ne fut pas permis de juger l'état de la sclérotique. La conjonctive palpébrale était fortement injectée, comme dans les ophthalmies catarrhales; on ne put découvrir aucune affection des glandes de Méibomius : en général, il n'existait aucune sécrétion muqueuse; la caroncule lacrymale paraissait normale; la membrane clignotante, un peu plus développée, proéminait au-dessus de la sclérotique. Rien d'anormal aux points lacrymaux ; il paraissait aussi que les conduits lacrymaux n'étaient point malades; car les deux yeux étaient humectés d'une manière normale ; néanmoins, la conjonctive, à l'exception de son centre où elle tapisse la cornée,

offrait partout un aspect trouble, mat et comme cadavéreux.

Ce fait offre cela de remarquable que les voies lacrymales sont restées saines, ce qui n'a jamais été noté dans les cas observés par Schmidt, Mackenzie, Jaeger, d'Ammon, Klingsohr, Travers, Jeanselme, Stœber, Duprez, etc. C'est à cette circonstance que les organes lacrymaux sont restés sains, que paraît devoir être rapporté l'état de cutisation *incomplète* (1); ce qui confirme dans cette opinion, c'est que, dans le cas suivant, la cutisation n'est devenue complète que lorsque l'occlusion des voies lacrymales est survenue à une période déjà assez avancée du mal.

Obs. II. — Un enfant âgé de 5 ans, de constitution forte, toujours bien portant, fut pris, d'après le dire des parents, il y a trois ans, d'une éruption de la tête s'étendant à la figure; les paupières, fortement tuméfiées, restèrent pendant six semaines complétement fermées, et ne s'ouvrirent qu'après la dessiccation de l'éruption. Pendant quelque temps, l'enfant garda une rougeur des yeux; celle-ci ayant disparu, la vue ne s'était rétablie qu'incomplétement à droite, tandis qu'à gauche elle était obscurcie. Dans ce moment, il n'existe d'éruption ni à la tête, ni à la figure, et pas le moindre symptôme d'une diathèse scrofuleuse ou d'une dyscrasie. Depuis la précédente oph-

---

(1) « Pour la formation de la xérophthalmie, dit M. Chélius (*Traité d'Oph.*, II, 392), deux conditions sont nécessaires : il faut qu'il y ait 1) *occlusion partielle ou totale des conduits excréteurs de la glande lacrymale*, et 2) inflammation chronique de la conjonctive. »

thalmie, les yeux sont restés complétement libres d'inflammation. L'œil gauche est dans l'état suivant : La conjonctive, dans toute son étendue, est complétement sèche, terne, et ressemble à du cuir. Elle a tant de ressemblance avec l'épiderme, qu'à plusieurs endroits, mais surtout au-dessous de la cornée, elle est couverte d'une grande quantité d'écailles fines, qui, comme dans la dartre furfuracée, se laissent facilement détacher par un léger frottement avec le bout du doigt. L'œil est si insensible qu'on peut le toucher à volonté, sans que le malade cherche à fermer les paupières.

La conjonctive de la sclérotique devient bleuâtre vers la cornée, de grise-mate qu'elle était. La conjonctive de la cornée est un peu transparente, mais pas assez pour reconnaître distinctement l'iris, encore moins peut-on distinguer la pupille.

Tout autour de la cornée on remarque que la conjonctive est soulevée, et lorsque le malade cherche à fermer les yeux, on aperçoit des replis de la conjonctive qui embrassent le segment inférieur ou supérieur de la cornée; le repli supérieur dépasse même le milieu de la cornée; si on tire sur les cils de la paupière supérieure pour abaisser celle-ci directement, le repli de la conjonctive se retire bientôt dessous elle; mais lorsqu'on tire les deux paupières directement en avant, alors l'espace entre la conjonctive palpébrale et oculaire est considérablement diminué par le défaut de la longueur du repli dont nous venons de parler. Ce défaut de longueur est tel vers les angles des yeux, que les paupières y semblent intimement liées au globe de l'œil; il existe donc à la fois une lagophthalmie et un symblépharon.

La conjonctive oculaire ne laisse apercevoir quelques petits vaisseaux légèrement injectés, qu'à son angle de jonction avec la conjonctive palpébrale. La conjonctive

palpébrale offre les mêmes apparences que la conjonctive oculaire; seulement la couleur en est un peu moins grise; elle est rouge, pâle, et sa superficie n'est pas entièrement privée d'éclat et ressemble à du suif.

La caroncule lacrymale est complétement atrophiée, plate, de couleur grise et on ne peut pas la distinguer de la membrane clignotante. Le point lacrymal supérieur est invisible; l'inférieur, sans être entouré d'une glande, se distingne par un léger enfoncement qui se trouve au bord normal de la paupière. En pressant sur le sac lacrymal, on ne peut en faire sortir la moindre humidité. Lorsque l'enfant pleure, l'œil gauche reste complétement sec, tandis que les larmes sont abondantes à droite. Le sécrétion de la membrane muqueuse du nez n'est pas complétement abolie à gauche; les mouvements du globe de l'œil ne sont pas gênés. Sauf un leucôme central, l'œil droit est complétement normal.

4.) *Obscurcissement de la cornée.*— Les bons effets de l'huile de foie de morue dans la perte de transparence de la cornée (Pannus celluleux) ont été rappelés par MM. Cunier (*Ann. d'Oculist.*, vol. IV), Delcourt (*Ann. de la Société de méd. de Gand*).

MM. Giet, Von Kriss, Cunier (*Ann. d'Oculist.*, II, p. 184, 187, IV, p. 292), Sotteau (*Bulletin de la Société de méd. de Gand*, 1841), Hairion (*Ann. d'Oculist.*, IV, p. 116) ont rapporté de nombreux faits où le pannus vasculaire était entretenu par des granulations de la paupière supérieure, et a disparu sous l'influence du traitement dirigé contre la dégénérescence de la muqueuse palpébrale. M. Riberi a fait paraître à Turin une monographie de cette variété du pannus (*della ceratitide prodotta della degenerazione granellosa della congiuntiva palpebrale, con osservazioni*, in-8° de 52 pages).

L'hydriodate de potasse a été essayé par MM. Cunier et Hairion (*Ann. d'Oculist.*, IV) dans les obscurcissements de la cornée, surtout dans ceux qui sont leucomateux. M. Guépin (*Journ. de la sect. de méd. de la Société Acad. de la Loire-Inf. l. c.*) ne s'en loue pas autant qu'eux et M. Chélius (*Traité d'Ophth.*)

Nous connaissons, par les notices de M. Fallot (*Ann. d'Oculist.*, III, p. 221, V, p. 75), les essais de MM. Jaeger et Piringer, pour guérir le pannus charnu par l'inoculation de la matière blennorrhagique. M. Fallot a mis ce moyen en usage, mais sans succès; il a alors eu recours à l'attouchement direct avec le nitrate d'argent fondu, et son malade a récupéré la vue. (*Ibid.* V, p. 127).

5.) *Hyperkératose.*—D'après le docteur A. Dall'-Acqua (*Annali. univ. di Med.*, 1841), le staphylôme pellucide de la cornée serait le résultat d'un ramollissement, ou plutôt d'un défaut de cohésion et d'un amincissement des lames centrales de la cornée, avec hypersécrétion et altération de l'humeur aqueuse, résultant de la perversion de l'influx nerveux des nerfs ciliaires, qui président à la nutrition de l'œil; sous l'influence de ce désordre dans l'action dynamique des nerfs, la force plastique et l'élaboration de la matière organique se trouvent altérées ou viciées. Partant de cette explication, M. Dall'Acqua propose d'agir d'une manière vitale sur l'altération de nutrition du tissu cornéen, c'est-à-dire de produire une action vasculaire momentanée et renfermée dans les limites d'une salutaire excitation. Il fait choix du nitrate d'argent en application locale, non pour produire une escarre, comme M. Pétrequin (*Annales d'Oculistique*, IV. p. 128), mais pour modifier la nutrition

des parties malades. Dans le seul cas qu'il rapporte, il n'a pas employé que ce moyen : une compression méthodique, l'évacuation de l'humeur aqueuse, indépendamment d'un traitement sialagogue, furent concurremment mis en usage, si bien que dans le fait unique, et trop brièvement rappelé par l'auteur, on ne sait auquel de ces moyens attribuer rationnellement la plus grande part du succès.

Le docteur Fario (1) a proposé l'opération suivante, dans le staphylôme pellucide de la cornée : à l'aide d'un kératotôme à deux tranchants, il incise dans l'étendue de deux lignes toute l'épaisseur de la cornée, à la portion externe de sa circonférence, pénétrant avec la pointe du kératotôme dans la chambre antérieure ; la direction de cette incision est de haut en bas, et de dedans en dehors. Une autre incision vient rencontrer celle-ci à angle, en bas et en dehors, formant ainsi un lambeau triangulaire ou en V. Alors le sommet du V est coupé avec des ciseaux, de manière à produire dans la cornée une déperdition de substance qui donne incessamment passage à l'humeur aqueuse. L'œil est ensuite tenu fermé au moyen de bandelettes agglutinatives ; le malade est condamné à l'obscurité pendant huit jours. Après ce temps, l'humeur aqueuse ne s'écoule plus, la cicatrice est complète, et la cornée reste affaissée.

M. Hairion (*Annales d'Oculistique*, IV, p. 118) a parlé d'une forme anormale de la cornée. Elle est toujours accompagnée d'opacité et ordinairement aussi de vascularisation. M. Hairion

(1) Memoriale della med. contemp. Gaz. méd.

« l'attribue au ramollissement, au défaut de consistance de la membrane, à la suite de l'ophthalmie purulente, qui fait que, cédant à la moindre pression, elle prend des formes diverses, suivant que la force à laquelle elle se trouve soumise la porte dans tel ou tel sens.» Cette affection avait déjà été décrite par M. Rosas, sous le nom *d'atonie de la cornée*, p. 733 du 2e volume de son *Handbuch der theoretischen und praktischen Augenheilkunde*. Vienne, 1830. C'est une variété de l'hyperkératose.

M. Van Roosbroeck, dans un certificat délivré à un milicien, dit avoir découvert une variété non encore décrite et inconnue (sic) de déformation de la cornée : il l'a appelée *cylindriops* !!. Nous avons eu occasion de voir l'individu qui en est porteur. C'est un musicien du théâtre de Gand; il offre un exemple de la déformation que présentaient les yeux de Franklin, et il ne peut lire qu'avec des lunettes du nom de ce grand homme, lunettes qu'il confectionne lui-même.

6.) *Tumeur de la cornée transparente.* — Une fille de 20 ans, qui a été vue par Delvigne (*loco citat.*), portait sur la cornée transparente, un peu en dehors de l'axe pupillaire, une petite tumeur de la grosseur de deux têtes d'épingle, d'un blanc grisâtre, formée d'une substance molle qui se détruisait aisément sous le doigt. — La position de la tumeur et les frottements de la paupière supérieure entretenaient l'œil dans un état de rougeur et de sensibilité continuelles. — M. Delvigne saisit cette production avec des pinces, et l'enleva d'un coup de bistouri.

« M. Delvigne propose de donner à cette maladie, « dont on ne fait presque pas mention, dit-il,

« dans les traités d'ophthalmologie, et qui est en-
« core généralement inconnue », le nom de *tophus de la cornée transparente.* « Il la considère comme une concrétion produite par le phosphate de chaux et de soude, auquel se trouve quelquefois ajouté l'hydrochlorate de soude avec excès de soude, et entourée d'une espèce de mucilage. » Notons que ce n'est point sur une analyse chimique de la production enlevée que M. Delvigne base son opinion.

7.) *Staphylôme de la cornée.* M. Van Onsenoort a fait connaître dans son journal (1840, vol. 11, p. 490) le procédé opératoire qu'il emploie pour enlever le staphylôme sphérique total de la cornée, maladie qu'il a fréquemment observée à la suite de l'ophthalmie des armées. Le célèbre ophthalmologue hollandais a essayé toutes les méthodes connues et donne en définitive la préférence à l'instrument tranchant. Pendant longtemps, il formait un lambeau à la partie inférieure de la cornée et enlevait ensuite la partie supérieure de cette membrane avec les ciseaux; mais ayant remarqué qu'aussitôt que l'incision a été pratiquée avec le couteau, l'œil fuit sous la paupière supérieure et rend impossible le second temps de l'opération, il a modifié son procédé. Il fait aujourd'hui l'incision à la partie supérieure, comme pour la kératotomie, d'après le procédé de Brisseau, attribué dans ces derniers temps à M. Jaeger; il enlève avec les ciseaux le lambeau inférieur. Le couteau de M. Van Onsenoort a une forme particulière et sa largeur est calculée de manière à ne pas exposer à blesser la paupière supérieure.

M. Guépin (*Journ. de la section de méd. de la Loire-Inférieure*, vol. XVII, liv, 79, p. 260) a employé le fer rouge dans deux cas de staphylôme

fibreux de la cornée, et il en a retiré de très-bons résultats. Chez ses autres malades, il a mis en usage le nitrate d'argent en crayon, selon la méthode de M. Pétrequin (*Ann. d'Oculist.*, IV, p. 128). Dans un cas de staphylôme pellucide, dont l'extrémité avait cependant perdu sa transparence, M. Guépin a fait suivre la cautérisation de la distension forcée de la pupille. (Voir plus bas, à *l'article pupille artificielle.*)

8.) *Occlusion de la pupille.—Pupille artificielle.* — Si l'opération de la pupille artificielle échoue souvent, dit M. Sichel (*Bulletin thérapeutique*, mars 1841), cela tient plus fréquemment à ce qu'elle est souvent entreprise dans des circonstances qui ne permettent pas d'espérer du succès, ou d'après des méthodes vicieuses, qu'à une imperfection inhérente à l'opération elle-même. On peut au contraire affirmer avec raison, selon lui, qu'elle a acquis toute la perfection désirable, et qu'il ne s'agit plus d'inventer des méthodes nouvelles, mais seulement de choisir parmi celles existantes, en y appliquant une critique sage et rigoureuse.

D'après cet oculiste, deux méthodes suffisent parfaitement pour pratiquer avec succès cette opération, dans tous les cas où l'opacité complète de la cornée, la désorganisation de l'iris ou celle des membranes internes n'en rendent pas la réussite radicalement impossible. Ces deux méthodes sont, 1° le décollement de l'iris, ou *iridodialysie;* 2° son excision ou iridectomie.

« L'iridodialysie peut, en général, se pratiquer « toutes les fois qu'il s'agit d'établir une pupille « vers le côté interne superieur, ou interne infé- « rieur; l'iridectomie, au contraire, quand l'ouver-

« ture artificielle doit occuper le côté externe, « externe supérieur ou externe inférieur de l'iris.

« Pour faire le décollement, il faut ouvrir la cor- « née plus où moins près de son centre, dans la « plus grande étendue possible, mais qui ne doit « pas occuper plus de deux millimètres; il faut « introduire dans la chambre antérieure une petite « érigne, saisir l'iris à sa jonction avec la choroïde, « le décoller; extraire la portion saisie et la fixer « entre les lèvres de la plaie cornéenne.

« Pour pratiquer l'iridectomie, il faut ouvrir la « chambre antérieure plus ou moins latéralement, « selon la situation de la portion transparente de la « cornée, y introduire des pinces fines, fermées; « les ouvrir, presser légèrement sur l'iris avec les « mors écartés pour faire saillir entre eux un pli « qu'on saisit en les serrant, puis extraire et exciser « ce pli aussi près que possible des bords de la « plaie. » (*Encyclographie*, 4e s., vol. VI, p. 168).

M. Sichel annonce que dans une monographie de cette opération, qu'il se propose de publier, il exposera ultérieurement tous les détails de la manœuvre et les indications à remplir. Les deux méthodes qui viennent d'être indiquées n'ont jamais manqué de lui donner un succès complet quand l'état de l'œil permettait de le prédire.

*Distension forcée de la pupille*, tel est le nom donné par M. Guépin (*de Nantes*) à l'opération suivante, qu'il a fait connaître dans le *Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure* :

« Le malade étant placé comme pour l'opération « de la cataracte, on plonge un petit couteau, à « lame très-étroite et concave, dans la partie trans- « parente de la cornée, à sa jonction à la scléroti-

« que, et on le fait sortir à 5 millim. de son « entrée sur un autre point de la cornée, où on « pratique ainsi une incision qui réunit les deux « ouvertures. Cette incision doit être pratiquée de « préférence à la partie inférieure, si ce point con« serve de la transparence. L'incision seule peut « suffire quelquefois, dans ce dernier cas, pour ob« tenir une hernie de l'iris ; mais le plus souvent il « est nécessaire d'y joindre l'excision d'un petit « lambeau. Cette seconde partie de l'opération peut « se pratiquer avec un couteau, avec des ciseaux, « ou enfin avec un emporte-pièce que l'auteur a fait « construire à cet effet. Cette opération termi« née, il se produit une hernie de l'iris dans l'ouver« ture béante de la cornée, et si cette hernie n'a « pas lieu, on cherche à la produire en étendant « sur la paupière supérieure une petite quantité « d'extrait de belladone. Vers le troisième ou le « quatrième jour, on cautérise légèrement la her« nie, de manière à déterminer une faible inflam« mation, puis des adhérences qui la fixent d'une « manière définitive. »

Le résultat de l'excision d'un petit segment de la cornée est donc de produire la distension de la pupille, de lui donner une forme elliptique au moyen de la hernie, et de lui permettre ainsi de recevoir les rayons lumineux qui traversent la cornée transparente. Cette opération ne peut être pratiquée que dans les leucomes occupant le centre de la cornée, la pupille n'étant d'ailleurs pas oblitérée ; il faut, suivant l'auteur, que la cornée soit encore transparente dans un tiers de sa surface.

Le procédé de M. Guépin est une heureuse modification de celui d'Adams, et non pas de Himly, comme l'a dit à tort M. Sichel (*Bull. thérap.*, art.

cit). Adams est le premier qui ait indiqué le déplacement de la pupille naturelle, lorsqu'un leucome occupe le centre de la cornée. Cette membrane étant ouverte, cet oculiste exerce sur le globe une légère pression, qui détermine la procidence de l'iris, qu'il saisit avec des pinces, attire davantage au dehors, et enclave ainsi dans la plaie de la cornée. (*Treatise on artificial pupil*. London, 1819.) — Himly a ouvert la cornée avec un couteau en faucille, a saisi le bord pupillaire avec un crochet simple, et l'a aussi enclavé dans la plaie de la cornée (*Bibliothek fuer die Ophthalmologie*. Bd. I, s. 1, p. 178). — Comme on le voit, l'opération de M. Guépin a moins de rapport avec le procédé de Himly qu'avec celui d'Adams; l'excision d'un lambeau de cornée par l'emploi d'un emporte-pièce est une modification de la conduite conseillée par l'oculiste anglais. Nous avons eu l'occasion d'en apprécier récemment tous les avantages dans un cas où M. Cunier a mis en usage le procédé de M. Guépin, en présence de MM. les docteurs Hanau, Rucloux, etc.

Nous ne croyons pas pouvoir nous abstenir de faire connaître quelques-uns des résultats obtenus par notre habile confrère de Nantes (*Revue des Spécialités*, mars).

Obs. I.—*Leucoma, suite de petite-vérole*, chez Hallié, de Guerrouet (Loire-Inférieure). L'œil était inutile depuis 25 ans. Aussitôt l'incision faite, la hernie de l'iris a eu lieu; l'adhérence s'est formée, suivant le mécanisme décrit. La vue a été rétablie au bout de 3 jours. Cependant, depuis, la pupille déformée s'est rétrécie par la rétraction de l'iris, et le malade est un peu myope.

Obs. II. — Le Roi, portefaix à Nantes. Opacité de la

cornée transparente par suite de cautérisations mala droites. La section a été faite en haut de l'œil droit, si l'on en juge d'après la planche, car l'observation manque de détails suffisants. Dans l'ouverture pratiquée, il a introduit la lame d'un emporte-pièce afin d'agrandir cette ouverture en enlevant un petit lambeau semi-lunaire. Au bout de 2 heures, hernie complète, etc.; 4 jours après, vision assez rétablie pour que le malade distinguât les objets d'un côté de la rue à l'autre. Nul accident, si ce n'est une sécrétion albumineuse puriforme bientôt résorbée dans les chambres de l'œil.

Obs. III.—Merlin, tailleur de pierres. Leucome suite d'ophthalmie traumatique. Comme M. Guépin désirait conserver à la pupille de la mobilité, il voulut occasionner une hernie très-petite. En conséquence, incision étroite, lambeau semi-lunaire médiocrement large. Ces deux conditions exigent des précautions pour être réalisées : il est plus facile de couper un lambeau étendu. 5 jours après, Merlin lisait le caractère *petit romain*; il reprit son métier de tailleur.

Obs. IV. — Elle a la plus grande analogie avec la première.

Obs. V. — Louis Chapeau, cordonnier à Nantes; 35 ans. Sept ans de maladie, réussite moins complète. Œil droit en partie cataracté, adhérence de la capsule cristalline avec les deux tiers de l'iris. Œil gauche recouvert d'une cicatrice. Inflammation consécutive et beaucoup plus durable que chez les autres opérés.

Obs. VI. — Maçon ayant perdu l'œil droit par suite d'une explosion de mine. Cicatrice de la cornée dans le tiers supérieur. Adhérence de la capsule cristalline à la cornée, oblitération de la pupille. Opération ; pas d'accidents. Malgré les circonstances les plus défavorables, le malade voit assez de cet œil pour se conduire.

M. Van Onsenoort (*Nederlandsch Lancet*, février 1841) pense que le procédé de M. Guépin doit donner lieu à un obscurcissement consécutif de la portion de cornée demeurée transparente, ce qui détruirait les bénéfices de l'opération.

Ainsi que l'a dit récemment M. Cunier, dans une lettre adressée à l'Académie des Sciences de Paris (1), aucun traité français ne fait mention du procédé pour le déplacement pupillaire que notre savant confrère hollandais a fait connaitre en 1822 (*Annales de la Médecine physiologique de Broussais*, tome II, p. 97 de la contrefaçon de Bruxelles), et depuis lors dans sa monographie de la pupille artificielle (2), publiée en 1829, ainsi que dans un mémoire inséré dans le 1er volume supplémentaire, page 179, année 1823, du journal qui paraît à Gorinchem, *Practisch Tydschrift voor den geheelen omvang der Geneeskunde, door Moll en Van Eldik*. M. Van Onsenoort a cru devoir protester dans son journal (1840-41, page 471) contre l'oubli où les auteurs français et allemands laissent sa méthode opératoire. Ceux de nos lecteurs qui ne la connaissent point, nous sauront gré de ce que nous leur apprenions en quoi elle consiste. Supposons que le déplace-

(1) Myotomie oculaire dans les cas d'obscurcissement de la cornée nécessitant le déplacement de la pupille ; lettre adressée aux Académies des Sciences de Bruxelles et de Paris ; par Florent Cunier. (Gazette médicale de Paris, 25 septembre 1841. — Annales d'Oculistique, vol. V, p. 202. — Encyclographie, octobre. Sociétés savantes.)

(2) Bydragen tot de geschiedenis der vorming van eenen kunstigen oogappel in het algemeen, en die voor Nederland in het bijzonder, enz. Utrecht, 1829.

ment doit avoir lieu en dehors. — A l'aide d'une aiguille à cataracte à double tranchant, M. Van Onsenoort ponctionne la sclérotique comme pour l'abaissement; il retire alors l'instrument, et introduit par l'ouverture qu'il vient de pratiquer un crochet, très-petit et très-fin, dont il dirige la courbure en avant, afin d'éviter de léser la cristalloïde. Dès qu'il aperçoit dans la pupille la partie recourbée de son crochet, il le dirige de manière à saisir le bord pupillaire externe, et en retirant son instrument il amène l'iris entre les lèvres de la plaie scléroticale. — M. Van Onsenoort a pratiqué selon cette méthode le déplacement pupillaire soit en bas, soit en haut, soit en dehors.

M. Emden a proposé une opération analogue à celle de M. Van Onsenoort : *Pupilla etiam per scleroticam dislocari potest*, dit-il, page 32 de sa *Dissertatio inauguralis de Raphiancistro, novo instrumento ad novam coremorphoseos methodum perficiendam*. (Gottingæ, 1818). Voici comment il décrit l'opération :

« Extendatur nempe pupilla ante curationem extracti Hyosciami ope, tunc instrumento in oculum immisso, et margo pupillaris externus hamulo paullulum prolato, arripiatur, et in scleroticae vulnus ducatur; qua ratione magnam dislocatamque pupillam adipiscimur.

« Per scleroticam curationem ei per corneam esse preferendam opinor, ubi in leucomate centrali, pupilla normalis, *lens vero cataractosa* adest, nam in methodo per corneam bis diverso tempore curationem admitti oportet. »

La méthode de M. Van Onsenoort et celle de M. Emden ont, il est vrai, une grande analogie; mais celle du professeur hollandais nous a toujours

paru préférable, à cause de la simplicité des instruments et partant du manuel ; l'expérience ne nous a que trop appris à nous mettre en garde contre les instruments compliqués, et le *raphiancistron* ne l'est que trop.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que dans le plus grand nombre de cas où le déplacement pupillaire selon les méthodes d'Adams, Himly, Emden, Van Onsenoort, Lusardi ou de M. Guépin, aurait été employé autrefois, il est suffisant de déterminer un strabisme selon le conseil de M. Cunier (*Ann. d'Oculistique*, V, p. 176-200 et 266, *Bull. méd. belge*); dans les cas où le déplacement pupillaire serait insuffisant, la combinaison des deux procédés pourra être suivie de succès. Telle est aussi l'opinion de M. Guépin (*Journal de la section de méd. de la Société académique de la Loire-Inférieure*).

La communication suivante, faite par M. le professeur Serre à la Société de médecine pratique de Montpellier (v. journal de cette Société, 1841, p. 159), trouve naturellement ici sa place. Ces deux nouveaux succès, à ajouter à ceux déjà obtenus par la méthode de M. Cunier (*v. Ann. d'Oculistique*, septembre 1841), méritent d'être connus. Voici la lettre de M. Serre :

« J'ai l'honneur de vous informer que je viens de pratiquer à l'hôpital St-Eloi la myotomie oculaire chez deux malades qui présentaient sur la cornée transparente des taches assez prononcées pour intercepter en partie le passage des rayons lumineux. Le premier, le nommé Fleys, m'ayant fait remarquer, au moment même où je l'examinais, que, lorsqu'il portait l'œil droit en dedans, il distinguait les objets d'une manière assez distincte,

j'eus l'idée sur-le-champ de produire chez lui un strabisme convergent, en faisant la section du muscle droit externe. En effet, dès le lendemain (19 octobre), ce projet fut mis à exécution ; à l'instant même, l'œil s'étant incliné en dedans, le malade s'aperçut que la vue était devenue plus nette. Depuis lors aucun accident ne s'est manifesté : le globe de l'œil se dirige de plus en plus vers l'angle interne de l'orbite, et le nommé Fleys y voit de mieux en mieux.

« Encouragé par ce premier succès, je me suis cru autorisé, quelques jours après, à pratiquer la section du muscle droit supérieur sur une fille de 15 ans : l'œil gauche avait été détruit par la petite-vérole, tandis que l'œil droit offrait à la partie moyenne de la cornée, au devant même de la pupille, un albugo qui ne permettait à la malade de se conduire qu'en dirigeant avec force le globe oculaire vers la partie inférieure de l'orbite. Dès que le muscle droit supérieur a été coupé, l'œil a changé de position, et la tache de la cornée s'est trouvée à demi cachée par la paupière inférieure : aussi cette jeune fille y voit aujourd'hui par la partie supérieure de la pupille, et distingue déjà des objets qu'elle n'aurait pas reconnus avant d'être opérée. Cette opération a été encore plus simple que la première ; elle n'a pas causé même la plus légère inflammation.

« . . . . Parmi les applications diverses de la section des muscles de l'œil, il en est peu, ce me semble, qui soient aussi rationnelles que celle qui a pour but de mettre la pupille en rapport avec une portion de la cornée encore transparente. La myotomie oculaire a surtout, dans ce cas, le grand avantage de pouvoir être substituée à l'opération de la pupille artificielle, qui a été et sera toujours une opération aussi chanceuse que difficile.

« J'ose espérer, messieurs, que cette communication vous intéressera, ne serait-ce que par l'attrait de la nouveauté. Je ne connais jusqu'à présent que M. le docteur Cunier, de Bruxelles, qui ait pratiqué la section des muscles pour un pareil motif. (1) »

M. Maunoir, de Genève, a donné (*Ann. d'Oculistique*, V, p. 17), l'histoire de deux pupilles artificielles pratiquées suivant sa méthode, et accompagnées de circonstances des plus intéressantes. Des faits, aussi fort remarquables, ont été communiqués au même journal par M. Carron du Villards (I, p. 185, II, p. 156, III, p. 94).

En Belgique, MM. Sotteau, Hairion et Van Roosbroeck, ont publié quelques remarques sur l'opération qui nous occupe.

M. le docteur Sotteau a rapporté (*Bull. de la Soc. de méd. de Gand*) deux observations de pupilles artificielles pratiquées avec succès. Le premier opéré avait l'œil droit atrophié ; l'œil gauche était le siége « d'un staphylôme considérable, » un segment d'une ligne et demie de la cornée était resté transparent ; ce segment était l'inférieur ; M. Sotteau y a établi une pupille. « Cet endroit n'est pas « avantageux, dit-il, à cause de la paupière, qui « remonte assez haut sur la cornée pour se placer « devant la pupille. Je vois cependant avec plaisir « que cet individu s'habitue à regarder en haut, de

---

(1) MM. Pétrequin et Guépin ont, comme M. Serre, mis en pratique l'opération de M. Cunier (Ann. d'Oc., septembre 1841.)

« manière à élever la pupille au dessus de la paupière, « et je ne doute nullement que cet inconvénient ne « se dissipe avec le temps. » — Voilà un cas dans lequel le strabisme artificiel, produit selon la méthode de M. Cunier, eût immédiatement permis à la vision de s'exercer.

Dans la seconde observation de M. Sotteau, il s'agit d'une malade dont la moitié inférieure de la cornée droite était recouverte par une taie; « un staphylôme du centre de la cornée » existait à gauche; un segment de deux lignes était resté intact. C'est dans la partie en rapport avec ce segment que M. Sotteau a fait éprouver à l'iris une large perte de substance; la réussite a été complète, dit-il; « la nouvelle pupille présente une forme semi-lunaire fort régulière et permet à la malade de distinguer déjà (le 15e jour) assez bien les objets qu'on lui présente. » — M. Sotteau n'a rien tenté sur l'œil droit, qui, nous paraît-il, eût dû être choisi pour l'opération.

M. Sotteau n'entre dans aucuns détails sur le procédé opératoire qu'il a mis en usage.

M. Hairion a également pratiqué plusieurs opérations avec succès; il en a donné l'histoire dans les *Annales d'Oculistique*, décembre 1840.

M. Van Roosbroeck (*Annales de la Soc. des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles*) a jeté sur l'opération de la pupille artificielle un *coup-d'œil* qui n'embrasse rien qui ne soit connu, et qui ne s'est pas arrêté sur une multitude de notions indispensables, de procédés opératoires qui ont aujourd'hui cours dans la science. Quelques journaux, entre autres la *Nederlandsch Lancet*, font remarquer que les traités qui ont servi

de canevas à M. Van Roosbroeck (Sanson, Chélius, Blasius surtout, etc.) renferment les mêmes omissions (1).

M. Riberi (*Repertorio delle Scienze mediche del Piemonte*, 1841) a rencontré chez un de ses opérés cette particularité que l'ouverture artificielle jouissait d'une contractilité analogue à celle de la pupille naturelle. Ce fait paraît à M. Riberi une démonstration de la nature vasculo-érectile de l'iris.

Enfin, M. Cunier a obtenu quelques résultats heureux par la méthode de Lusardi. (*Annales d'Oculistique*, vol. IV).

Nous ne manquons certes pas d'instruments pour la confection de la pupille artificielle; M. Gruelmann, médecin dans la marine des Pays-Bas, trouve (*Ned. Lancet*, 1841) que ceux pour mettre en pratique les méthodes de Langenbeck et Himly sont insuffisants; il en a imaginé un dont le mécanisme est le même que celui figuré par M. Emden dans sa *Dissertatio de Raphiancistro* (Gottingæ, 1818); nous devons cependant dire que la disposition de quelques vis a été changée, de manière à ce que l'instrument tienne aussi quelque peu du labidobelanonkistron de Nowicki (*Tractatus de pupilla vicaria*. Varsovie, 1818). M. Grullmann ne cite ni l'un ni l'autre de ces auteurs.

---

(1) Voici ce qu'on lit dans la *Nederlandsch Lancet.*, 1840-41, page 481 : « Doch Blasius, in zyn *Handwörter-* » *buch der gesammten Chirurgie und Augenheilkunde*, « noch Van Roosbroeck, welke de *Duitsche Monographie* « *betrekkelyk de vorming van den kunstigen oogappel*, « *zoo getrouwelyk* aan de Société des Sciences médicales et « naturelles de Bruxelles *heeft doen kennen*, maken hier- « van (du procédé de M. Van Onsenoort) geene melding. »

9) *Staphylôme de la sclérotique.* — On trouvera ci-dessous, à l'article *cataracte;* les détails anatomiques les plus curieux et les plus instructifs, sur un cas de staphylôme de la choroïde observé par M. Sichel.

10) *Cataracte.*—*a.*) *Nature et siége.*—Une lettre adressée par M. Malgaigne à l'Académie royale de médecine de Paris, a donné lieu à une polémique entre ce médecin, M. Sichel et M. Leroy d'Etiolles. M. Cunier a reproduit dans ses *Annales d'Oculistique* (novembre 1841) toutes les pièces du procès, dans lequel il est intervenu en mettant au concours la question suivante :

*Déterminer par des recherches d'anatomie pathologique le siége et la nature de la cataracte. S'attacher surtout à l'examen critique de l'opinion récemment émise par M. Malgaigne.*

Un travail de M. Sichel, inséré dans l'*Esculape*, (1841, nos 9, 10 et 11) sera du plus grand secours aux concurrents, qui trouveront encore d'importants éléments dans les *Klinische Darstellungen* de M. d'Ammon (vol. I.). Sous le titre de *Études sur l'anatomie pathologique de l'œil et surtout sur celle de la cataracte*, le professeur de Paris a publié l'observation que nous allons reproduire avec les réflexions dont elle est accompagnée. M. Sichel a placé les résumés et les conclusions en tête de son observation ; nous n'intervertirons point cet ordre.

« 1° *La cataracte capsulaire*, beaucoup plus rare que la cataracte lenticulaire, ne peut cependant pas être mise en doute ; ses caractères sont bien dessinés, faciles à saisir, et tout à fait différents de ceux de la cataracte lenticulaire. C'est surtout l'épaississement et l'élévation de la capsule, son opacité par

stries ou par plaques et les teintes plus ou moins tranchées qui la caractérisent.

« 2° *La cataracte capsulaire postérieure*, si elle existe (car il est permis d'en douter, dit M. Sichel), est infiniment plus rare que la cataracte capsulaire antérieure; on prend facilement et généralement pour elle la *cataracte corticale postérieure*, laquelle, comme la cataracte corticale, en général, se caractérise par des stries opaques, superficielles, sans élévation, d'ordinaire convergentes vers le centre et présentant parfois un certain éclat nacré. La dissection seule a fait reconnaître à M. Sichel l'erreur de diagnostic qu'il avait commise dans le cas qu'il rapporte; il s'est mis en garde, depuis lors, contre ce genre d'erreur, qu'il n'a plus commise, « grâce à de nombreuses autopsies » (1).

« 3° La cataracte capsulaire doit son origine à un travail inflammatoire. Dans l'observation qui va être rapportée, il y avait sur l'œil affecté de cataracte capsulaire un staphylôme postérieur de la choroïde fort étendu, avec d'autres altérations dues à

(1) M. d'Ammon a donné fig. 2, planche XI, de ses *Klinische Darstellungen* (vol. I), le dessin d'une cataracte capsulaire postérieure, disséquée par lui; les portions opaques formaient, par leur réunion, un véritable cercle. La fig. 5, même planche, représente une cataracte capsulaire centrale postérieure, aussi examinée après la mort. La fig. 8 offre une capsule postérieure, disséquée, et qui était aussi opaque. M. Cunier possède dans sa collection une cataracte capsulaire postérieure entièrement opaque, avec végétations formant couronne à partir des bords; le cristallin était sain, et la capsule antérieure commençait à se troubler. La malade avait été opérée par lui d'une semblable cataracte de l'œil droit, huit mois avant la mort, survenue à la suite d'une fracture des côtes.

une phlegmasie intense des membranes internes, tandis que dans l'œil affecté de cataracte lenticulaire, ces altérations, consécutives à la phlogose, n'existaient qu'à un très-léger degré. M. Sichel a rencontré plusieurs cataractes capsulaires accompagnées de semblables lésions anatomiques survenues à la suite d'ophthalmies internes ; dans ses nombreuses dissections de cataractes lenticulaires, il n'a trouvé que très-exceptionnellement des signes de phlegmasie interne. »

De ces circonstances comparées entre elles, M. Sichel se croit en droit de conclure que la cataracte lenticulaire n'est que la suite du progrès de l'âge ou d'autres causes inconnues, tandis que la cataracte capsulaire est le résultat de la phlegmasie de la cristalloïde. Il est d'ailleurs facile de constater sur le vivant cette dernière partie de sa conclusion, la cataracte capsulaire se formant fréquemment sous les yeux de médecin pendant l'inflammation de la cristalloïde. Ce n'est qu'exceptionnellement que la phlegmasie, s'emparant des portions de la surface du cristallin, le rend opaque.

« 4° La teinte jaune d'ambre du noyau du cristallin, ordinaire vers l'âge de 40 ans, est indépendante de l'opacité de ce corps, bien qu'elle puisse se conserver et même augmenter pendant la cataracte. Sur le vivant les cristallins de cette couleur paraissent plus ou moins verdâtres. C'est cette coloration particulière du noyau qui jette sur le fond de l'œil un reflet variable simulant une cataracte pour ceux qui ne connaissent pas cette circonstance. C'est elle aussi qui donne le reflet jaunâtre et luisant aux cataractes corticales postérieures, qui, en elles-mêmes, sont blanches ou d'un blanc grisâtre, comme on le

voit en les disséquant et en les examinant par leur surface postérieure.

« 5° *L'interstice entre la capsule antérieure et le cristallin ainsi que le liquide interstitiel* (humeur de Morgagni), existent réellement, mais dans une étendue variable, selon certaines circonstances, comme, par exemple, le volume plus ou moins fort du cristallin, etc.

« 6° Les cataractes partielles en forme de triangles ou de prismes, dont les côtés changent de position selon la place de l'observateur par rapport à l'œil malade, dépendent de la déhiscence du noyau du cristallin, les couches corticales conservant leur intégrité. Ces cataractes sont des plus rares; on les confond aussi avec la cataracte capsulaire postérieure.

« 7° *Le staphylôme postérieur de la choroïde* (staphyloma posticum scleroticae, de Scarpa) est la suite de l'inflammation de la rétine et de la choroïde; quelquefois même de la sclérotique, de l'amincissement de ces membranes et de leur adhérence entre elles. Cette adhérence est quelquefois incomplète, plus souvent complète. Quelquefois les trois membranes sont adhérentes; le plus fréquemment l'adhérence n'a lieu qu'entre la sclérotique et la choroïde; cette dernière s'altère la première et le plus fortement et se trouve décolorée.—La partie amincie des membranes internes, cédant à la contraction des muscles oculaires, se soulève peu à peu et forme enfin un staphylôme sur le côté externe de l'entrée du nerf optique. Le plus souvent un autre staphylôme, dans certains cas rares, quand la choroïde et la rétine n'adhèrent pas l'une à l'autre, peut contenir un peu de liquide entre ces membranes. M. Sichel n'en a jamais trouvé, et c'est par erreur, selon lui, que

M. Jacobson, de Copenhague, attribue à ce liquide la formation du staphylôme. « La meilleure preuve « du contraire, dit M. Sichel. c'est que dans ma « collection je conserve plusieurs préparations où « cette maladie existe au plus haut degré, malgré « une adhérence et un amincissement tellement « complets de la sclérotique, de la choroïde et de « la rétine, que ces membranes, réunies inséparablement, ne forment plus qu'une lame de l'épaisseur d'une feuille de papier un peu fort, et se « plissent facilement. (1) » L'erreur du chirurgien danois s'expliquerait donc par le hasard qui lui a fait rencontrer, dans les deux seuls cas de cette lésion anatomique qu'il a observés, une complication avec une *hydropisie sous-choroïdienne*, maladie dont le staphylôme de la choroïde est tout à fait indépendant, comme le prouve l'adhérence indiquée ci-dessus et la circonstance que sur un très-grand nombre de ces staphylômes disséqués par M. Sichel cette hydropisie n'a pas été rencontrée une seule fois, bien qu'il l'ait vue souvent isolément.

« Cette maladie, réputée très-rare, parce que les fastes de l'art n'en contiennent que quatre ou cinq cas, et que M. Wardrop n'a pas eu occasion de voir une seule fois, est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense. M. Sichel a disséqué environ vingt yeux qui en étaient affectés ; il les a presque tous conservés. Arrivée à un certain degré, l'affection s'accompagne de cécité complète. Dans le commencement la vision peut rester bonne, la rétine, malgré

---

(1) Deux préparations semblables existent dans la collection de M. Cunier.



la maladie de la choroïde, n'étant pas encore affectée dans une grande étendue. La mobilité de la pupille conservée dans le cas rapporté par M. Sichel tandis que la pupille de l'œil qui avait conservé la vision était très-large, est une circonstance fort remarquable, confirmant de nouveau l'indépendance des nerfs ciliaires de l'état de la choroïde et de la rétine. — La tumeur chassant l'œil en dedans, il en résulte un strabisme convergent, qu'on pourrait confondre avec un strabisme musculaire ordinaire, suivi d'abolition de la vision, et qu'on ne guérirait pas, il est inutile de le dire, par l'opération, parce que la déviation est due au changement de forme de l'œil, qui devient ovalaire dans son diamètre antéro-postérieur, et bosselé sur son côté externe (1). M. Sichel regrette

(1) Le fait suivant mérite d'être connu. Une malade, affectée de strabisme interne de l'œil gauche, dû à un staphylôme de la choroïde, se présente au dispensaire ophthalmique de Bruxelles, en juin dernier. Le staphylôme était fort volumineux, et avait soulevé le droit interne, qui était tendu et le divisait en quelque sorte en deux portions égales, l'une inférieure, l'autre supérieure. M. Cunier ne voulut point pratiquer une opération sur un pareil œil. — La malade, jeune fille de 17 ans, alla trouver un opérateur de louches, qui avait fait annoncer son arrivée dans la capitale. La section du muscle fut opérée; mais une hémorrhagie très-abondante se déclara, et elle durait encore lorsque la malade se présenta, trente-six heures plus tard, au dispensaire, avec une hernie de la choroïde et de la rétine. L'amincissement de la sclérotique était tel que l'attouchement avec le crochet avait suffi pour déchirer cette membrane et la rétine et la choroïde confondues avec elles, d'où était résultée l'hémorrhagie; le corps vitré s'était en partie écoulé, l'œil s'était affaissé; il est maintenant atrophié. M. Cunier a placé un œil artificiel.

de n'avoir pu faire, dans les cas qu'il a observés, de recherches sur les muscles de l'œil.

« 8° Les circonstances qui ont précédé la formation de la cataracte capsulaire végétante et du staphylôme de la choroïde, paraissent à M. Sichel présenter un grand intérêt pour l'étiologie de ces affections, et pour leur pathogénie en général. La malade, douée d'une bonne constitution, était affectée de pléthore abdominale et d'hémorrhoïdes abondamment fluentes, qui avaient disparu. Pendant quelque temps elle n'en ressentit aucun effet; mais à peine la ménopause se fut-elle prononcée, que des maux de tête, devenus habituels, cessèrent, et que la maladie se concentra dans les membranes oculaires internes et dans l'abdomen, sous la forme d'un travail organique. Il se forma une cataracte capsulaire végétante, un staphylôme de la choroïde et une dégénérescence de plusieurs viscères abdominaux, et la malade mourut. »

La dissection de la cataracte a eu lieu en présence de M. Malgaigne.

Voici les détails de l'observation. Nous laissons parler M. Sichel :

Obs. — *Cataracte lenticulaire corticale de l'œil droit, simulant une cataracte capsulaire postérieure. Cataracte capsulaire végétante de l'œil gauche et staphylôme postérieur de la choroïde.*

« Au lit n° 19 de la salle St Mathieu (hospice de la Salpétrière, était couchée la nommée Vadé, femme Thomas, âgée de 63 ans, entrée à l'hôpital le 25 septembre 1816. Je l'examine le 21 décembre 1832. (Ce qui suit est extrait textuellement de mes notes.)

« L'œil droit est affecté d'une *cataracte lenticulaire commençante*, caractérisée par une très-légère opacité

d'une teinte jaune verdâtre assez foncée ; l'opacité est uniformément répandue sur tout le cristallin, plutôt moins marquée dans le centre que dans le reste de son étendue. Le noyau jaunâtre du cristallin a un reflet variable, selon la position que je prends. La pupille, immobile, est très-large ; l'iris est très-étroit en haut, et projette sur le pourtour du cristallin une ombre assez large, mais diffuse et peu foncée. En bas, on aperçoit une *cataracte capsulaire postérieure* d'un blanc jaunâtre, tout près du bord inférieur du cristallin ; elle consiste en une large strie transversale, semi-circulaire, presque droite, sur laquelle vient descendre une autre strie perpendiculaire commençant au centre. A côté de cette strie perpendiculaire il y en a une autre beaucoup plus petite qui se réunit à la première sous un angle aigu. Au-dessus de la strie transversale, et parallèlement avec elle, il y en a une autre moins longue. De la réunion de ces stries, il résulte une espèce de double croix ; elles sont douées d'un reflet luisant, placées sur un plan assez profond et très-concave, tout à fait opaques, et *siégent certainement dans la capsule postérieure* (1).

« La vue de cet œil est encore assez bonne ; la malade travaille et marche bien en ma présence, ce qui s'explique par le peu d'étendue de l'opacité postérieure et le peu d'intensité de celle qui, à peine commençante, occupe uni-

(1) « C'est ainsi que j'ai exprimé ma pensée sur mes cahiers de notes, au moment même où je fis mon premier examen assez prolongé ; mon opinion aurait sans doute été partagée par tous ceux qui n'auraient pas eu occasion de vérifier leur diagnostic par des autopsies ; car j'ai vu les ophthalmologistes les plus distingués prendre de pareilles opacités pour des cataractes capsulaires postérieures et persister opiniâtrément dans cette opinion. » (*Note de M. Sichel.*)

formément la substance du cristallin, mais ce qui pourtant est exceptionnel, puisque dans les cataractes capsulaires postérieures et dans les cataractes corticales postérieures, la vue se trouble notablement de bonne heure.

« *Œil gauche*. — On voit une cataracte capsulaire très-blanche, légèrement bleuâtre et nacrée. Elle remplit presque toute la pupille et présente du relief. Au milieu environ, il y a une strie perpendiculaire, irrégulière, comme si la surface de la capsule ou du cristallin était détachée en forme de flocon. La pupille est étroite et presque entièrement remplie par la portion élevée de l'opacité. Néanmoins l'iris, très-mobile est assez éloigné, permet, lorsqu'on se place latéralement, de reconnaître derrière cette membrane, autour de la cataracte capsulaire, une opacité lisse, non élevée, du cristallin, d'une teinte grisâtre, moins blanche et plus uniforme.

« Il y a donc cataracte lenticulaire avec végétation centrale de la capsule. Un diagnostic et une description plus exactes ne sont pas possibles sans la dilatation de la pupille par la belladone, à laquelle la malade ne veut pas consentir. Les iris des deux yeux ne présentent point d'altération inflammatoire ou organique. La perception des mouvements et de la direction de ma main est entièrement conservée. L'œil gauche est complétement et constamment dévié dans le grand angle; il est parcouru par des vaisseaux très-déliés, flexueux, tout particuliers.

« *Historique de la santé générale de la malade, selon les renseignements qu'elle a donnés elle-même*. — De 12 à 50 ans, elle a toujours été bien réglée; elle avait fréquemment de violentes migraines. Elle a eu deux enfants, bien constitués; à 24 ans, trois mois après son premier accouchement et pendant qu'elle allaitait son enfant, elle a eu un violent mal d'yeux. Ces organes étaient très-rouges

et gonflés; 32 sangsues furent appliquées autour des orbites et la maladie disparut. La vue, qui avait toujours été très-basse, s'affaiblit après cette ophthalmie, et pour lire, la malade était obligée de rapprocher davantage le livre de ses yeux. A 30 ans les migraines ont disparu. De 30 à 36 ans, les règles apparaissent irrégulièrement, et elle avait de temps à autre « *des pertes énormes de sang par le fondement;* » ces pertes l'affaiblissaient beaucoup, quelquefois même, il lui arrivait de tomber en syncope.

« A 35 ans, elle eut « *une enflure à la tête* » (probablement un érysipèle); au moment d'être frappée de cette maladie, elle voyait d'une manière très-marquée *des reflets noirs*, et *des chandelles* ou des *rayons lumineux* qui montaient et descendaient.

« Déjà pendant ces pertes de sang, elle avait vu les mêmes apparitions, à un moindre degré, et elle avait consulté M. Lallemant, qui avait proposé l'application du séton. A la même époque le soleil lui *faisait mal aux yeux*. Si elle fermait l'œil droit, elle s'assurait que ces phénomènes morbides ne siégeaient *que dans l'œil gauche*. Pendant 13 ans cette affection resta stationnaire.

« De 36 à 46 ans, madame V... fut assez bien réglée; l'apparition des menstrues avançait habituellement de 2 jours. A 46 ans, « à la suite d'une révolution, » *ses règles ne reparurent plus*. Elle eut bientôt un grand mal de tête, et son corps enfla beaucoup. Pendant trois mois que dura cette maladie, on lui appliqua 48 sangsues, des vésicatoires aux cuisses, aux jambes et au ventre, et on lui fit prendre beaucoup de tisanes. M. Rostan, qui la vit à cette époque, lui dit que dans son œil gauche il y avait une cataracte *très-bien formée*. Elle n'a plus de maux de tête depuis qu'elle n'a plus ses règles.

Aujourd'hui (de son œil droit, bien entendu), elle distingue parfaitement la chandelle, lit, et coud, mais ne

pourrait pas écrire, parce que sa vue se brouille de suite. Depuis que la maladie grave dont nous venons de parler est passée, elle a éprouvé de grandes douleurs dans la région lombaire droite. Ces douleurs vont s'irradier jusques dans l'épaule droite, et vont mourir dans la région ombilicale. De temps à autre elle a des vomissements.

« Il y a dix-huit mois, on l'a sondée durant trois mois. Pendant l'opération elle rendait des caillots de sang. Trois graviers ont été amenés au dehors par la sonde.

« Depuis 8 jours que j'ai vu la malade, elle croit voir moins distinctement de l'œil droit. La pupille est très-dilatée. Au centre, et dans la profondeur du cristallin, on voit une légère opacité qui a un reflet jaunâtre. *Siége-t-elle dans le noyau-même ou dans la capsule postérieure? Je ne vois plus les stries capsulaires postérieures que j'avais aperçues lors de mon premier examen; donc le cristallin s'obscurcit à présent.*

« Il y a 4 jours, on a posé à la malade 30 sangsues pour une entéro-péritonite. Elle succombe à cette maladie dans la première semaine de janvier 1833.

« *Examen anatomique des yeux.*—Œil droit.—Dans sa moitié postérieure, la sclérotique offre un *léger commencement de coloration bleuâtre*, coloration due à l'amincissement de cette membrane et augmentée par son dessèchement à l'air, l'œil ayant été entamé par son hémisphère postérieur et étant resté 4 à 5 heures hors de l'eau. Dans la portion correspondante, c'est-à-dire dans la moitié postérieure, la *choroïde est amincie et presque incolore.* La surface antérieure du cristallin ne présente aucune trace de déhiscence; elle est beaucoup plus consistante que la postérieure. Les parties constituantes de cette surface de la cataracte sont homogènes; le noyau de ce côté a plus de consistance et semble même un peu plus jaune que du côté postérieur. L'iris, placé dans l'eau, est

un peu bombé, un peu distant du cristallin sur lequel il projette une ombre foncée assez large; la capsule a son reflet ordinaire, le cristallin est assez transparent. En plaçant ce dernier avec le corps vitré sur du papier noir, dans l'eau, *on reconnatt encore les stries de la capsule postérieure*, mais moins distinctement que pendant la vie, lors de mon examen primitif; elles sont moins jaunâtres, plus blanchâtres. Au centre du cristallin on aperçoit le noyau jaune-verdâtre. Si l'on retourne la lentille, on aperçoit sur sa surface postérieure la même figure de double croix qu'on a cru voir dans la capsule postérieure pendant la vie, et qu'on découvre plus tard, lorsqu'elle est isolée du corps vitré; seulement elle n'a pas l'éclat qu'elle présente dans ce dernier cas.

« Après avoir isolé du corps vitré le cristallin entouré de sa capsule et l'avoir posé sur sa surface antérieure, on voit sur sa surface postérieure une double croix opaque qui ne change pas de place. Elle est composée, comme sur le vivant, d'une strie verticale traversée dans sa partie inférieure par deux stries transversales. Ces dernières sont d'un blanc nacré, à peu près de la couleur d'une aponévrose. On les croirait placées dans la capsule et presque à sa surface externe. Cependant le toucher prouve qu'elles sont lisses et sans relief; *il est hors de doute que ces lésions n'existent que dans la substance* corticale détachée de la surface du cristallin. En faisant tourner ce dernier sur son axe, non-seulement on voit d'autres stries d'un reflet particulier qui changent de place, mais de plus, si on le pose sur du papier noir, en face du jour, et si on le fait tourner de la même manière sur son axe antéro-postérieur, on aperçoit toujours, sur l'un de ces côtés, un triangle jaunâtre, comme si le cristallin était cataracté dans l'étendue seulement de ce triangle. (On verra plus loin que ce phénomène explique cette espèce de cata-

racte incomplète sous forme de triangle ou de prisme changeant de place dont nous avons parlé, et qu'il est dû à la déhiscence des couches internes du cristallin, c'est-à-dire, de celles qui entourent immédiatement son noyau ou concourent à le former.) Le cristallin, sur son bord, ne présente pas l'anneau transparent qu'il a d'ordinaire dans les cataractes incomplètes. Sa surface, vue de ce côté, est plus transparente au centre, et le noyau ne paraît presque pas jaune. La capsule enlevée est *tout à fait saine et transparente*; le liquide de Morgagni sort en abondance, sans tournoyer sur lui-même (1).

« *Sur sa surface postérieure*, le cristallin est irrégulièrement déhiscent; la figure de la double croix est formée par des portions opaques de la substance corticale qui commencent à se détacher de la surface. Dans les couches externes, la déhiscence ou plutôt *la desquammation de la substance corticale* commence dans la strie transversale inférieure; dans les couches internes, elle commence au centre. (Voir mon *Traité d'Ophthalmie*, etc. » p. 509, sur le déhiscence). Le noyau est très-peu dur et peu jaunâtre, ce qui, joint à la déhiscence des couches internes du cristallin, explique à la fois pourquoi le centre était plus transparent, et pourquoi les stries nacrées, réflétantes, triangulaires et variables quant à leur position, étaient rangées autour de ce même centre, en dirigeant leurs sommets vers lui.

« *OEil gauche*. Cataracte capsulaire avec végétation.—

---

(1) Quand on ouvre la capsule antérieure par une petite ponction faite à son centre, le liquide interstitiel ou de Morgagni sort avec un mouvement de tournoiement, en formant une petite portion de spirale. C'est au moins ce que j'ai vu le plus souvent, surtout lorsqu'il y a beaucoup de ce liquide. (*Note de M. Sichel.*)

(Je conserve le dessin ainsi que la pièce pathologique dont la dissection définitive a été faite par M. Malgaigne.) L'opacité est inégalement colorée; au centre, il y a une large tache grisâtre, élevée, un peu transparente à son milieu; à gauche (à la droite de l'observateur), elle se prolonge en une petite languette d'un blanc un peu crétacé, qui semble détachée de la surface et élevée au-dessus du reste du cristallin. A la droite de cette languette, en haut et en bas, il y a une strie grisâtre et quelques taches crétacées. Si l'on touche la cornée en pressant légèrement, on reconnaît une légère fluctuation au centre de la capsule cristallinienne et un mouvement superficiel qui peut faire croire à une cataracte de Morgagni (cataracte du liquide interstitiel). Le mouvement une fois passé, les parties reprennent leur aspect et leurs rapports respectifs.

« *Staphylôme de la choroïde.* Le diamètre antéro-postérieur du globe oculaire est considérablement allongé; la moitié postérieure de l'organe est notablement augmentée de circonférence sur sa partie externe. Dans cette partie même la sclérotique est amincie et permet de voir à travers sa substance :

« 1° Des stries fines formées par les nerfs ciliaires ;

« 2° D'autres stries plus larges, d'un bleu brunâtre, provenant de la choroïde qu'on aperçoit à travers la sclérotique. Ces stries sont devenues plus larges et plus foncées, parce que l'œil a été conservé quelque temps hors de l'eau et que la sclérotique est un peu desséchée. Si l'on ne voit ces stries que dans la partie postérieure du globe oculaire, c'est que dans cette seule partie la sclérotique est amincie et que la choroïde, également amincie, est appliquée contre elle ;

« 3° Autour de l'insertion du nerf optique, une dilatation manifeste de la choroïde;

« 4° Sur le côté externe du même nerf, et un peu en avant, un staphylôme de la choroïde ayant à peu près six millimètres de diamètre, arrondi, cuivré, un peu bleuâtre.

« De l'autre côté, c'est-à-dire, sur le côté interne du nerf optique qu'on ne voit pas dans le dessin, il y a un staphylôme un peu plus petit, de la même nature, et touchant à sa base celle du staphylôme dont nous venons de faire la description. Les stries bleues brunâtres cessent dans le milieu du diamètre antéro-postérieur. L'œil, desséché à l'air, devient presque entièrement bleuâtre, presque noir, mais il reprend bientôt dans l'eau sa couleur naturelle, à l'exception des stries que nous venons de signaler.

« La choroïde n'était nulle part adhérente dans sa partie antérieure ; dans la moitié postérieure presque entière, elle était tout à fait amincie et décolorée ; la sclérotique était également amincie. On avait de la peine à séparer ces deux membranes ; cependant on pouvait le faire, sans les déchirer, à la circonférence des staphylômes.

« Au contraire, autour du centre des deux staphylômes auquel correspondait la tache jaune de la rétine, les trois membranes étaient adhérentes si inséparablement qu'elles ne semblaient plus former qu'une seule membrane, et qu'à leur surface interne, je veux dire du côté de la surface antérieure concave de la rétine, elles étaient tout à fait lisses et nacrées et avaient l'aspect d'une aponévrose fine comme dans la figure 2 de la 41e planche de ma collection.

« Après avoir enlevé l'iris et détaché le cristallin du corps vitré, nous examinons la cataracte. Elle est lisse à sa partie periphérique ; sur le centre, il y a une végétation très-extraordinaire. Le centre de cette végé-

tation est légèrement déprimé, gris clair, presque lisse, ayant seulement de petites stries ou plutôt de petits plis transversaux sur sa surface. Le large pourtour du cristallin, caché auparavant par l'iris, est blanc laiteux; la petite languette qui flotte un peu dans l'eau est en blanc crétacé. Le bord inférieur de la végétation est légèrement crénelé, terminé en une pointe autour de laquelle il y a environ quatre prolongements ou plis pointus qui se perdent insensiblement dans la surface de la cataracte. La partie supérieure de la végétation est tronquée, partagée en deux lobules. Son ensemble est à peu près cordiforme. Tout son pourtour et les deux lobules ont une teinte crétacée jaunâtre. Le lobule placé sur la gauche de l'observateur présente sur son bord libre un peu inférieur plusieurs prolongements en plis, plus fins que ceux de la pointe.

Sur la droite de la végétation, près de son bord, il y a dans la capsule une large plaque jaunâtre, non élevée, qui communique avec la strie blanche et élevée en haut. L'un des bords du cristallin est inégalement découpé; sa surface antérieure, autour de la végétation, est un peu transparente sur toute la surface; à travers son tissu on aperçoit, en plusieurs endroits, des taches crétacées, un peu jaunâtres, arrondies, situées dans la surface du cristallin. Une ou deux parties de la surface du cristallin sont transparentes. Dans le cristallin enveloppé de sa capsule et un peu gonflé par le séjour dans l'eau, la pression avec une spatule appliquée à sa surface ne produit aucun mouvement. Il résulte de là que, si le mouvement que nous avons observé auparavant était dû au liquide interstitiel, il a cessé maintenant à cause du gonflement du cristallin qui a rétréci l'espace entre sa surface et la cristalloïde antérieure. Nous ne passons pas cette circonstance sous silence à cause de la cataracte

qu'on appelle *morgagnienne* et dont l'existence a été niée, parce qu'on a voulu nier l'interstice entre la surface antérieure du cristallin et la capsule antérieure; mais cet interstice existe réellement; seulement la capacité diffère selon les circonstances. Nous avons, dans ce cas, comme dans un grand nombre d'autres, donné toute notre attention à ce point d'anatomie.

« En se plaçant latéralement et en examinant l'appareil cristallinien de profil, on voit que la capsule est transparente dans ses parties non épaissies, et qu'à 2 millimètres de distance du pourtour de la végétation la partie légèrement crétacée de la surface du cristallin est éloignée d'un millimètre environ de la capsule.

« Dans la circonférence, la capsule est appliquée au cristallin; la teinte blanche qu'on aperçoit à cet endroit ne siége pas dans la membrane. Le cristallin est de forme et de grandeur normales; seulement il est un peu gonflé et un peu ramolli par l'eau, et l'un de ses bords est un peu tronqué.

« *La surface postérieure du cristallin* présentait à son pourtour un anneau transparent que je regardais comme la circonférence du cristallin restée saine et transparente, phénomène que j'avais souvent rencontré dans mes dissections et sur le vivant et surtout dans les cataractes non complètes. On verra par la suite que je m'étais trompé sur ce point, et qu'il y avait dans ce cas un prolongement de la cavité capsulaire en arrière en forme de canal, entourant le bord du cristallin. Sur plusieurs points de la capsule postérieure on reconnaissait des opacités en forme de taches arrondies, circonscrites, crétacées, d'un blanc jaunâtre. On pouvait parfaitement bien distinguer d'autres taches d'une teinte blanchâtre, douées d'un léger éclat nacré, situées au-dessous de la capsule dans la substance corticale du cristallin et ayant

la forme de stries irrégulières convergentes vers le centre; c'était un commencement de déhiscence des couches externes postérieures.

« Nous n'entamons pas la capsule et nous ajournons la dissection définitive qui n'est faite que le 17 mars 1841, plus de huit ans plus tard, en présence de M. Malgaigne. Il est étonnant combien la pièce, après un séjour aussi prolongé dans l'alcool (à 20 degrés), a conservé tous ses caractères. La capsule, partout où elle ne présente pas d'élévation ni de couleur crétacée, est entièrement transparente, et la circonférence de ses deux feuillets réunis forme autour de celle du cristallin une espèce de canal transparent et annulaire d'un peu plus d'un millim. de largeur qui semble contenir un liquide également transparent. C'est là ce que dans la pièce fraîche, j'ai pris pour le bord transparent du cristallin. A travers la surface postérieure de la capsule on voit le cristallin modérément grand, bien arrondi à son pourtour, en général très-sphérique, d'une teinte jaune ocré clair, très-légèrement déhiscent à sa surface postérieure par une fente en forme de trépied plus large au centre et le partageant en trois morceaux triangulaires exactement égaux. La surface postérieure de la capsule présente elle-même de nombreuses petites opacités en partie blanchâtres, crétacées, en partie d'une teinte ocrée semblable à celle du cristallin. Les opacités forment les unes des points ou de petites plaques arrondies, dues à un épaississement de la capsule et même quelquefois un peu élevées; les autres présentent de petites stries fines, convergentes, sans relief. A la surface antérieure du feuillet antérieur de la cristalloïde, on voit encore la plaque végétante ovalaire ou cordiforme ayant absolument la forme représentée dans le dessin de ma collection, et décrite plus haut. Elle est froncée à son pourtour, et se

prolonge en plis. La petite languette libre et flottante a disparu, soit par l'action de l'alcool, soit parce qu'elle a été arrachée pendant que l'on renouvelait ce liquide. Le milieu de la plaque végétante est légèrement déprimé, bleuâtre, semi-diaphane, assez mince, tandis que tout le reste de sa substance est épais, coriace, élevé et d'une teinte jaune ocrée, un peu semblable à celle du cristallin. Autour de cette végétation, la surface antérieure de la capsule présente des stries, des taches jaunâtres comme la surface postérieure.

« Après avoir bien examiné la surface externe des deux feuillets de la capsule, et avoir constaté qu'entre la surface antérieure du cristallin et la cristalloïde antérieure, il y a un certain interstice, au moins çà et là, nous nous décidons à ouvrir la capsule sur son bord avec beaucoup de précaution, afin de voir s'il s'écoulerait un liquide de sa cavité. Mais nous nous apercevons bientôt que le canal formé entre la circonférence du cristallin et de la capsule présente une petite fente sur sa paroi externe et que la lumière du canal n'est conservée que par la consistance naturelle de la capsule, augmentée encore par l'action de l'alcool. En saisissant avec des pinces fines les bords de la solution de continuité de cette membrane, nous séparons facilement ses deux feuillets sur leur jonction et nous faisons sortir le cristallin, après nous être convaincus que le canal sus-indiqué existe réellement, et qu'en avant aussi le cristallin et la capsule ne sont en contact que dans quelques-uns des points opaques, tandis qu'en arrière le feuillet postérieur touche partout le cristallin.

« Voilà donc des opacités manifestes de la cristalloïde, accompagnées d'épaississement, de dépôt fibro-albumineux, et même de véritable végétation, survenues après un travail phlegmasique dans toutes les membranes

oculaires internes, travail qu'on ne peut nier, puisque l'adhérence et l'amincissement de la partie postérieure des membranes oculaires sont là pour le prouver. Ces opacités de la capsule n'étaient pas dues à de la substance lenticulaire corticale durcie et devenue adhérente à la capsule; en grattant la surface postérieure du feuillet antérieur de la capsule avec une spatule fine, on pouvait enlever complétement les parcelles de substance cristallinienne adhérentes; la surface interne de la capsule devenait lisse partout où la surface externe n'était pas altérée. Au contraire, dans les endroits où la surface externe est occupée par les opacités élevées et jaunâtres, elle est manifestement altérée elle-même et présente un certain relief, dans quelques points de petites élévations bien marquées et jaunâtres qu'on peut saisir entre les mors d'une pince, mais qu'on ne parvient pas à arracher. Dans la végétation, la surface externe reste opaque, froncée et élevée. L'inflammation a donc agi sur la capsule dans son tissu même et à ses deux surfaces. Après la sortie du cristallin, la capsule ouverte conserve sa forme et son aspect, et encore à présent on peut constater toutes les altérations que nous avons décrites.

« Le changement de la teinte crétacée primitive, peu jaunâtre, des opacités capsulaires en jaune ocré, tenait, d'une part, à l'action de l'alcool sur la capsule elle-même; d'autre part, l'alcool, après que le liquide contenu dans la cavité de la capsule s'était écoulé par la rupture, avait contracté cette membrane, et, en la rapprochant de la surface du cristallin, y avait collé des portions de la substance corticale coagulée et rendue jaunâtre. Ces portions pouvaient bien augmenter la teinte jaunâtre de la capsule, mais on pouvait les détacher sans que la capsule opaque perdît cette teinte. Dans les parties non épaissies de la capsule, ces portions se dé-

tachèrent parfaitement, et la membrane reprit toute sa transparence. Ceci était surtout évident au feuillet postérieur, dont les opacités étaient peu nombreuses, et dont les taches, ainsi que leur disposition, avaient été soigneusement notées, il y a huit ans, sur la pièce à l'état frais. Les stries convergentes, formées par la substance corticale postérieure du cristallin, étaient presque toutes restées adhérentes à ce corps, dont la déhiscence est devenue complète, comme nous l'avons vu. La petite quantité qui en est restée adhérente à la capsule s'en détache complétement par le grattage qui n'y laisse que les points crétacés arrondis et épaissis.

« Le cristallin, à sa partie antérieure, avait présenté quelques points crétacés, dus également à un dépôt fibro-albumineux; dans sa portion correspondant à la végétation centrale de la capsule, cela était particulièrement visible; il y avait dans cet endroit un dépôt d'une substance jaunâtre élevée. Il est permis de conclure de ces dépôts fibro-albumineux dans le cristallin, que ce corps peut aussi quelquefois s'enflammer, au moins partiellement et chroniquement, lorsqu'une congestion ou une inflammation chronique occupe les membranes oculaires internes. »

*b*). *Guérison sans opération*.—M. Guépin (*Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*, vol. XVII, p. 265), « a essayé de faire disparaître sept ou huit cataractes par un traitement révulsif; mais il n'a réussi que trois fois, bien qu'il eût choisi les cas les plus favorables; encore doit-il dire que de ces trois succès, deux ont eu lieu chez le même individu, qui était en même temps affecté d'amaurose. Quelques études de pathologie comparée le portent à croire qu'il est

beaucoup plus facile de guérir, sans opération, la cataracte chez le cheval que chez l'homme, non pas au moyen de la pommade de Gondret, ou du vésicatoire, mais en passant un large séton à la face, c'est-à-dire, de l'arcade zyzomatique à l'angle de la mâchoire inférieure. »

M. Guépin a employé le séton à la tempe chez l'homme, et au moment de sa communication, il en attendait le résultat.

Nous savons que par suite de diverses recherches de thérapeutique comparée, M. Pétrequin a été conduit à revenir sur la guérison médicale de la cataracte ; il possède, nous assure-t-on, plusieurs cas de guérison. Il serait à désirer que notre savant confrère de Lyon fît connaître les résultats auxquels il est arrivé, en s'attachant à préciser les conditions individuelles qui permettent d'espérer quelque réussite et en fixant, comme il l'a fait, pour l'amaurose, les indications spéciales relatives à l'espèce de cataracte, à l'ancienneté de leur formation, etc. Nous sommes persuadés que notre appel l'engagera à parler.

Un médecin français, M. Drouot, a publié un volume destiné à démontrer la possibilité de la cure des altérations du cristallin et de la capsule, sans opérations chirurgicales (1). « Les cataractes, dit-il, peuvent être sûrement prévenues et guéries par des remèdes externes et internes ; la terminaison

(1) Nouveau traité des cataractes, causes, symptômes, complications et traitement des altérations du cristallin et de la capsule, sans opérations chirurgicales. Bordeaux, 1840, in-8° de 285 p, avec planches.

de la capsulite par une résolution imparfaite qui constitue le premier degré de l'opacité, le point de départ de la cataracte, peut être combattue par des moyens thérapeutiques qui rétablissent la transparence parfaite de la membrane capsulaire. Ces mêmes opacités, quand elles ont envahi une grande partie du cristallin ou de la cristalloïde, alors que le malade est aveugle, qu'il cesse de pouvoir distinguer aucun objet, peuvent être amenées à une résolution partielle ou complète. — Nous ne voulons pas parler ici des cataractes compliquées d'amaurose complète, de ces opacités du cristallin qui, depuis longues années, ont envahi la totalité du système cristallinien, de celles enfin qui ont été accompagnées de la désorganisation des parties qui forment le globe oculaire interne; nous voulons dire seulement que les altérations de la capsule ou de la lentille, soit au début, soit quand l'opacité s'est étendue sur une grande partie de ces organes, soit enfin quand le malade *a cessé de voir*, peuvent être prévenues ou guéries sans opérations chirurgicales. Nous ne nous dissimulons pas tout ce que cette proposition, QUI EST UN AXIOME, pourra présenter de paradoxal aux esprits prévenus, imbus d'idées scolastiques pour ainsi dire innées, et accoutumés à jurer *per verba magistri*; et c'est pour cette raison que depuis plusieurs années nous avons différé la publication de nos opinions particulières, afin d'établir, par une série d'observations irrécusables, que non-seulement la guérison des cataractes était un fait accompli sans avoir recours aux opérations chirurgicales, mais encore que les malades qui avaient recouvré la vue au moyen de traitements rationnels, basés sur les causes, les symptômes, les complications diverses qui entraînent l'opacité du cristallin,

n'étaient point retombés, peu de temps après, dans le même état de cécité. »

Les divers ouvrages publiés jusqu'à ce jour sur la curabilité de la cataracte, ne meritent pas, à vrai dire, d'être réfutés ; celui de M. Drouot nous a paru devoir être médité ; il y a de l'exagération, beaucoup d'exagération dans ses assertions, mais enfin elles sont au plus haut point dignes d'un examen sérieux, auquel nous regrettons de ne pouvoir nous livrer dans un travail du genre de celui que nous avons entrepris.

c). *Chute spôntanée du cristallin.*—MM. Cunier et Pétrequin (*Ann. d'Oculistique*, I, 73, 141) ont traité au long de la dislocation spontanée du cristallin.

M. le docteur A. Van der Boon, de Zaandam, a aussi observé (*Verhandelingen van het genootschap ter bevordering der Genees en Heelkunde*, I deel, I stuk, p. 22, Amsterdam, 1841), un cas de chute spontanée. Le sujet était un vieillard de 70 ans, dont l'œil gauche était amaurotique ; la crainte que pareille affection n'existât à droite avait empêché M. Van der Boon d'opérer la cataracte de ce côté. Ce vieillard devint malade, et peu de temps après son rétablissement il s'aperçut que la vue de son œil droit revenait. Le médecin hollandais reconnut que le cristallin cataracté avait franchi la pupille, et était passé dans la chambre antérieure, où l'action de l'humeur aqueuse le réduisit à un petit noyau. Le malade ne récupéra qu'une vue partielle, probablement parce que la capsule, dont ne parle pas M. Van der Boon, aura continué à masquer le champ pupillaire.

Il est à regretter que M. Van der Boon ne donne

aucun renseignement sur la maladie pendant laquelle le cristallin s'est déplacé.

*d*). *Opération sur les animaux.* — De tout temps on a essayé de pratiquer des opérations, et notamment celle de la cataracte, sur les yeux des chevaux ; mais toutes les tentavives ont échoué jusqu'à ce jour, parce qu'on n'a pas encore trouvé le moyen de fixer le globe de l'œil ; en vain les vétérinaires ont-ils inventé toutes sortes de fixateurs de l'œil, ou en ont emprunté à l'ophthalmologie humaine. M. Hayne (1) a essayé et a vu essayer lui-même pendant de longues années à surmonter ces obstacles, et a déclaré aussi l'impossibilité d'opérer la cataracte sur les chevaux. Ce n'est qu'en 1833, lors d'un voyage dans l'Autriche supérieure, qu'il remarqua que l'œil de l'homme, attiré au dehors avec force, perdait pour un moment sa mobilité, sans inconvénient pour la faculté de voir ; il tenta alors inutilement de comprimer le globe de l'œil des chevaux au-dessous de l'orbite, pour le faire saillir au-dehors, et se décida enfin à faire une incision de 4 ou 5 centimètres dans la salière, et à y engager un doigt jusques sur le tissu graisseux qui soutient le globe de l'œil, et, de cette manière, il parvint facilement à faire proéminer l'organe. L'essai a complétement réussi ; seulement on remarqua que la compression exercée sur l'œil fit paraître la face antérieure terne et bleuâtre, effet probablement dû à la constriction de ses vaisseaux. L'auteur étant parvenu à surmonter la difficulté de fixer le globe de l'œil, s'assura

(1) Œsterreichische Medicinische Jahrbücher, (neue folge, XXI, p. 94) et Gaz. médicale, 1841.

qu'on pouvait pratiquer sur ce dernier toutes sortes d'opérations, telles que l'abaissement de la cataracte, la kératonyxis, l'opération du staphylôme, de la pupille artificielle, etc., mais l'extraction du cristallin ne sera guère suivie de succès, parce que la compression trop forte du globe de l'œil fera toujours échapper une trop grande quantité du corps vitré. Depuis, M. Hayne a fait des abaissements de cataracte sur des chevaux qui devaient être sacrifiés peu de temps après l'opération; toujours il a vu guérir les plaies; le cristallin était convenablement déplacé, rapetissé et de couleur trouble; malheureusement les animaux n'ont pas été conservés assez longtemps pour s'assurer du succès, quant à leur faculté de voir.

*e*). *Scléroticonyxis*. — Un mémoire de M. Ruete, de Gottingue, inséré dans le journal de Holscher (*Hannoversche Annalen*), est destiné à faire connaître une modification aux procédés en usage. Les auteurs recommandent, *a*) d'introduire l'aiguille par la sclérotique à 1 ou 1 1/2 ligne du bord de la cornée et à pareille distance en-dessus ou au-dessous du diamètre transverse *b*). Après avoir fait pénétrer l'aiguille à la profondeur de 4 lignes, on recommande de la faire glisser, la pointe étant tournée en arrière, entre la face postérieure de l'iris et la capsule du cristallin. — Par ce procédé, on blesse nécessairement, dit M. Ruete, le zonule de Zinn, la partie latérale de la cristalloïde, les procès ciliaires; il en résulte des inflammations et d'autres accidents. C'est ce qui lui a fait adopter la méthode suivante (1) :

---

(1) Il a déjà été question du procédé de M. Ruete dans les Annales d'Oculistique (I, p. 227.)

1er Temps. Comme dans la méthode ordinaire.

2e Temps. L'aiguille, la convexité tournée en avant, est maintenue à une demi-ligne de l'uvée. Lorsque l'instrument a pénétré à la profondeur de 1 1/2 à 2 lignes, une incision perpendiculaire est pratiquée avec son tranchant dans la cristalloïde. On fait alors glisser l'aiguille entre la capsule et le cristallin jusqu'à ce qu'elle apparaisse au milieu de la pupille; la pointe est tournée en avant, la capsule est incisée de haut en bas et de dedans en dehors.

3e et 4e temps. Comme dans les méthodes ordinaires.

D'après M. Ruete, la méthode qui vient d'être exposée a les avantages suivants : 1) par l'incision de la partie latérale de la capsule et de la zonule de Zinn, on évite de lacérer et de tirailler ces parties; le cristallin sort plus facilement; 2) on ne risque pas de blesser les procès ciliaires et l'iris; 3) l'incision de la paroi antérieure de la capsule prévient la formation des cataractes capsulaires secondaires; 4) rarement, il y a réaction inflammatoire après ces incisions.

M. Ruete rapporte 28 cas de cataracte opérés avec succès par sa méthode.

M. Baudens considère le conseil de détruire d'abord la capsule cristalline comme puéril, — à moins de complications, — et comme prolongeant inutilement l'opération (1). — Ce chirurgien embroche le cristallin vers son bord supérieur et le déprime verticalement. Ainsi accrochée, il prétend que la lentille n'échappe pas à l'action de l'instru-

---

(1) Gaz. des hôpit. 10 nov. 1840.

ment, qu'elle est plus facile à déprimer, et qu'elle tend moins à remonter. M. Baudens oublie de dire comment il dégage son aiguille — qui est celle de Dupuytren.

Ce procédé n'est, au demeurant, que celui de Himly, que ne cite pas le chirurgien français. Himly divise, comme on sait, l'opération en cinq temps : 1° Ponction de la sclérotique ; 2° introduction de l'aiguille dans le corps vitré, derrière le cristallin ; 3° l'aiguille est poussée dans la chambre postérieure, à travers l'hyaloïde, et embroche le cristallin ; 4° le cristallin embroché est déprimé en même temps que sa capsule ; 5° l'aiguille est retirée. — Si le procédé recommandé par M. Baudens diffère de celui de Himly, c'est donc précisément par des conditions qui le rendent presque toujours inexécutable, le retrait de l'aiguille devant nécessairement ramener le cristallin dans la chambre postérieure, à moins que des manœuvres dangereuses n'aient eu lieu dans le corps vitré pour dégager l'instrument.

Nous nous bornerons à faire mention de la polémique qui s'est élevée (*Annales d'Oculistique*, I, p. 87 et p. 157), entre MM. Carron du Villards et Pétrequin, sur la nécessité admise par ce dernier, d'inciser la capsule dans l'opération de la cataracte par abaissement. M. Carron du Villards a annoncé une réfutation de la réplique de M. Pétrequin.

M. Cunier, qui est, comme M. Carron du Villards, partisan de l'abaissement en masse, admet la nécessité (*Ann. d'Oc.*, I, p. 86-87, et *Ann. de la Société de médecine de Gand*, vol. V, p. 441) de dilacérer la capsule avant de retirer l'aiguille du corps vitré.

Le docteur Fronmuller, de Furth (*V. Ammon's Monatsschrift*, III, p. 376), ne peut opérer de la main gauche sur l'œil droit ; il veut, comme

M. Malgaigne (*Encycl.*, 3e s. Gaz. hôp., p. 25), que l'on se place derrière le cataracté, et que l'on se serve de la main droite pour opérer sur l'œil droit. M. Fronmuller tient cette conduite tant pour l'abaissement que pour l'extraction.

L'observation suivante est rapportée par M. Furnari (*l'Esculape*, 1841); six fois l'opération de la cataracte a été pratiquée sur les deux yeux, et une pupille artificielle a été pratiquée sur l'œil gauche; la guérison a eu lieu.

« Les détracteurs de l'opération de la cataracte « par abaissement deviennent, de jour en jour, « plus rares, dit M. Furnari, et d'ici à quelques « années on ne considérera plus l'extraction que « comme méthode purement exceptionnelle, dont il « ne sera plus question que dans la partie histori- « que du manuel opératoire de la chirurgie ophthal- « mique. Quand même l'abaissement n'aurait que « l'immense avantage de pouvoir être pratiqué plu- « sieurs fois sans compromettre l'organe de la vue, « ce serait déjà une ressource qu'aucune autre mé- « thode ne peut offrir à l'opérateur et à l'opéré. »

L'observation que voici est destinée à servir de preuve au principe émis par M. Furnari.

Obs.—« Annette Pion, d'Auxonne, âgée de 23 ans, fut affectée, il a y un an, de conjonctivites fort intenses qui amenèrent consécutivement une inflammation de l'iris des deux yeux, suivie d'exsudations plastiques et de cataractes membraneuses. Ces diverses complications occasionnèrent une cécité presque complète. Ce fut sous l'influence du désir bien naturel d'améliorer son état qu'elle entreprit le voyage de Paris.

« Entrée à l'hôpital de la Charité, elle fut opérée de l'œil droit, qui était le meilleur. Trois opérations à 10

jours de distance furent faites par M. Velpeau, et malgré l'habileté de ce chirurgien, ces opérations n'amenèrent aucun résultat heureux. Après un séjour de plusieurs semaines à l'hôpital, la jeune fille allait se faire reconduire dans ses foyers lorsqu'elle me fut adressée par M. le professeur Moreau.

« L'examen attentif me fit espérer qu'à l'aide de nouvelles opérations pratiquées sur l'autre œil on pourrait lui rendre un peu de vision. Le triste état dans lequel se trouvait cette jeune fille légitimait ces tentatives, d'autant plus que celles-ci, même en restant infructueuses, n'auraient point empiré sa position.

« Je pensai que pour arriver au but desiré il y avait deux indications principales à suivre : la première consistait à débarrasser le centre pupillaire des amas de pseudo-membranes qui avaient contracté adhérence avec la partie postérieure de l'iris; la seconde reposait sur la nécessité d'augmenter le champ de la pupille en produisant une perte de substance dans l'iris.

« *Première opération.* — Après avoir plongé dans la sclérotique l'aiguille à ressort de M. Luzardi, j'ai traversé l'espace pupillaire pour saisir et inciser la partie supérieure et interne de la petite circonférence de l'iris; ce premier temps de l'opération terminé, j'ai broyé la cataracte sans pouvoir cependant détruire toutes ses adhérences, car le sang, sorti des vaisseaux iriens, et le pigmentum obstruèrent immédiatement le champ de la pupille.

« *Deuxième opération.*—J'incisai l'iris avec le même instrument, et aprés avoir détaché une grande partie des adhérences capsulaires, je les ai fait tomber dans la chambre antérieure et dans la chambre postérieure de l'œil; mais ces fragments de capsule ont remonté, se sont réorganisés, et par conséquent ont obstrué l'ouverture

pupillaire. La malade commençait à y voir un peu, sans cependant pouvoir encore distinguer les objets.

« *Troisième opération.* — A l'aide d'une aiguille de Scarpa excessivement courbe, j'ai détruit les restes de la capsule et je les ai fait tomber presque en totalité dans la chambre antérieure; la malade aperçut une grande lumière pendant l'opération; les jours suivants, elle commença graduellement à distinguer les objets et à pouvoir lire facilement les grosses lettres d'un journal et jusqu'aux *petites capitales*. Les saignées, les mercuriaux et la belladone ont été employés pour prévenir l'inflammation ainsi que le rétrécissement de la pupille et ses exsudations lymphatiques. Après un séjour de trois mois à Paris et après avoir subi six opérations, dont trois pratiquées par M. Velpeau et trois par moi, la jeune fille a pu retourner seule dans son pays. M. le docteur Carron du Villards, M. Alexis Moreau, interne des hôpitaux, et quelques élèves en médecine ont assisté aux trois dernières opérations. »

De cette observation M. Furnari tire les conclusions suivantes :

« 1° Toutes les fois que par suite d'une inflammation de l'œil il se produit une cataracte membraneuse très adhérente et un rétrécissement de la pupille, on ne doit pas seulement se borner à opérer la cataracte, mais il est nécessaire d'inciser l'iris pour produire une nouvelle pupille, ou élargir l'ancienne ouverture; de cette manière, on fera pénétrer un plus grand nombre de rayons lumineux dans le fond de l'œil; on donnera un peu de mobilité à cette membrane et on pourra détruire plus facilement les adhérences capsulaires.

« 2° On doit réitérer l'opération tant qu'il ne se

manifeste pas de symptômes inflammatoires ; et dès qu'on les voit paraître, les combattre par les antiphlogistiques et recourir à une nouvelle opération si celle-ci avait déjà produit un commencement de succès.

« 3° Contrairement à l'opinion des auteurs, on doit chercher à opérer les cataractes consécutives aux iritis phlegmoneuses, toutes les fois que le malade peut distinguer le jour de la nuit. La crainte d'une inflammation consécutive ne doit pas empêcher les chirurgiens de tenter ce dernier moyen. Il existe certainement un grand nombre d'individus qui sont affligés de la même affection que la jeune Pion et sur lesquels on pourrait pratiquer la même opération avec l'espoir d'un résultat analogue. »

*f*) *Dilacération de la capsule.* Une note insérée sous ce titre dans *l'Expérience*, par M. Szokalski (*Encyclogr.*, 4e s., vol. VI, p. 357) a été analysée comme suit dans la *Gazette médicale de Paris* (1841) :

« L'auteur établit d'abord que dans tous les cas où le broiement de la cataracte est indiqué, on doit lui substituer la simple incision de la capsule, qui expose moins à l'inflammation consécutive et amène aussi sûrement l'absorption du cristallin opaque. Cependant à la suite de ce procédé, il y a deux inconvénients à craindre ; l'un est l'étranglement du cristallin à travers l'ouverture trop étroite de la capsule, source fréquente d'inflammation ; l'autre est la formation d'une cataracte membraneuse s'établissant secondairement en vertu de l'opacité et de l'adhésion des parties de capsule laissées en place. C'est pour se soustraire à ces accidents que M. Jaeger propose l'opération suivante : On fait avec un cou-

teau lancéolé une incision de 3 à 4 millimètres dans la cornée, à sa jonction avec la sclérotique. Ensuite on introduit à plat un petit crochet dans la chambre antérieure de l'œil. Cet instrument doit être porté jusque dans la pupille; puis, arrivé là, on lui fait exécuter un quart de rotation, de sorte que la partie recourbée aille se placer directement contre la capsule. En imprimant à l'instrument un mouvement de levier, on accroche cette membrane si faible et on la déchire par des tractions exécutées en différentes directions, suivant les circonstances, sans cependant trop s'engager dans la substance molle de la cataracte. Quand la capsule a été suffisamment déchirée, on porte le crochet à plat sur la face postérieure de la cornée et on la retire de l'œil. M. Hering assure avoir plusieurs fois pratiqué cette opération avec un succès complet.

« On sait que Pott avait déjà recommandé une opération semblable, dans les cataractes en *partie molles, en partie dures*, et qu'il lui trouvait sur l'abaissement ordinaire l'avantage d'être moins douloureuse et d'exposer les parties à une violence moins considérable. Nous reconnaissons toutefois que le moyen conseillé par le professeur Jaeger est un véritable progrès, et qu'il permet d'agir bien plus sûrement, si on veut se contenter de déchirer la capsule. Mais là précisément est toute la question. Faut-il se borner à une incision de la capsule, au lieu de broyer le noyau opaque? D'après ce que nous avons observé, nous ne pouvons croire que les dangers de l'opération soient augmentés par la précaution de diviser en plusieurs sens la lentille cristalline, en supposant, bien entendu, que ce morcellement soit fait suivant les règles de l'art et par une main exercée. Et d'autre part on ne peut

nier que la division du corps opaque ne soit un puissant moyen d'en favoriser la résorption. N'oublions pas non plus qu'en adoptant le procédé conseillé par M. Jaeger, le cristallin doit s'absorber sur place; et qui ne connaît les longueurs et l'incertitude de ce mode de guérison? Enfin si l'on suit les idées du professeur de Vienne, on s'exposera nécessairement à livrer aux seules forces de l'absorption beaucoup de cristallins qu'on aurait pu déprimer. Dans l'opération ordinaire, en effet, on cherche d'abord à abaisser et on n'en vient au broiement que lorsqu'on n'a pu mieux faire; mais ici où on n'a pour se déterminer à l'une ou à l'autre manière d'agir que des données tout à fait insuffisantes sur la mollesse du cristallin, telles que celles tirées de l'inspection de l'œil, on est forcé de faire l'incision de la capsule, sans être sûr qu'un moyen plus efficace, l'abaissement, n'eût pas réussi. C'est donc une mauvaise méthode que celle où le chirurgien ayant à choisir entre deux procédés, tous deux peut-être également applicables, est contraint de donner la préférence à celui qui offre le moins d'avantage. »

*g) Soulèvement de la cataracte* (sublatio cataractae). — Cette méthode, exposée par le docteur Pauli dans un ouvrage *Ueber den grauen Staar und die Verkrümmungen* (1838), dont il a été rendu compte par M. Stœber, dans le vol. II des *Annales d'Oculistique*, doit être complétement rejetée, si l'on en croit M. F. Hezel (*Kritik der neuen Methode des Dr. Pauli den grauen Staar zu stechen*. 8° de 30 pages, Ulm, 1840.

*h) Keratotomi-Kystotritie.* — M. Carron du Villards, rendant compte de l'ouvrage de M. Funnari,

parle dans les termes suivants de la Kératotomi-kystotritie (voir *Annales d'Oculist.*, I, p. 489).

« Nous voici arrivé au chapitre de la cataracte, « qui est aussi complet que possible. En décrivant « les causes occasionnelles, M. Furnari prouve qu'il « est des professions qui prédisposent singulière- « ment à cette maladie. Il décrit aussi avec beau- « coup de soin les différentes espèces de cataractes « et les moyens de les reconnaître. Ici, en passant, « je crois devoir adresser quelques mots à M. Mal- « gaigne sur ses opinions touchant la rareté des ca- « taractes capsulaires, en attendant que je réponde « sommairement à son mémoire : il n'a fait que « des autopsies de vieillards, et avant la trente- « cinquième année de la vie, on ne trouve presque « jamais de cataractes dures. . . . . .

« Revenons à M. Furnari, qui complète le cha- « pitre de la cataracte par tout ce qui a rapport à « la partie chirurgicale, qui est traitée avec beau- « coup de soin. Beaucoup de personnes ont accepté « sans réserve et même avec éloge son procédé pour « opérer la cataracte. Je dois à la franchise de mes « opinions et à mes relations amicales avec lui, de « dire que je ne partage pas cette opinion ; il ne « suffit pas qu'un procédé soit ingénieux pour qu'il « ait une valeur réelle, et le procédé de M. Furnari « se trouve dans ce cas.

« En effet, ou l'on veut faire l'extraction, ou « choisir un autre procédé ; si la première, il faut « embrasser le procédé d'extraction avec tous ses « avantages, et alors la ponction de la cornée avec « l'instrument de M. Furnari tombe dans le vice des « ouvertures de la cornée faites en un seul temps, « comme le faisaient Daviel, Béranger à son début, « et Santarelli. Si l'incision n'est pas assez grande,

14.

« le cristallin ne peut sortir sans pression et sans « efforts. Si on le brise derrière l'iris avec la pince « broyante, on tombe dans l'inconvénient attribué « à la discission. Ainsi donc, on fait une opération « incomplète, qui n'a pas les avantages de la cure « radicale, suite d'une opération d'extraction bien « réussie, et qui a en outre les inconvénients d'une « extraction laborieusement faite, si l'on enlève « tout, et celle d'une discission, si on laisse tout ou « partie dans la chambre postérieure.

« Mais la pince de M. Furnari est à elle seule une « heureuse invention pour saisir dans une opération « par extraction ordinaire, parce qu'elle remplace « les pinces à lentille de Maunoir, et celles à cro« chets du même chirurgien ; parce qu'avec elle on « saisit les petits lambeaux flottants de la capsule « et les noyaux durs tout aussi bien qu'avec les « instruments sus-nommés ; parce qu'enfin elle « peut, convertie en emporte-pièce, trouer l'iris « dans quelques cas d'opération de pupille artifi« cielle, et servir pour enlever les vaisseaux vari« queux de la conjonctive. »

1) *Extraction par la cornée.* — Nous extrayons les lignes suivantes d'un mémoire de M. Guépin, inséré dans les *Annales de la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines*, 1841.

« Nous opérons presque toujours par extraction, ayant abandonné l'abaissement, quoiqu'il soit d'une pratique beaucoup plus facile ; nous nous servons pour couper la cornée d'un couteau à tranchant concave, et un peu long, ressemblant à un canif, mais présentant un talon beaucoup plus large. Avec ce couteau nous entrons parallèlement à l'iris dans la cornée à la hauteur du centre de la pupille, en

commençant notre incision le plus près possible de la conjonction de la cornée à la sclérotique. — Quelquefois en passant devant la pupille, nous donnons un coup à la capsule lorsqu'elle se présente convenablement ; puis, nous passons de l'autre côté et nous faisons sortir notre pointe le plus près possible de la jonction de la cornée à la sclérotique, de sorte que les deux points extrêmes de notre incision sont aux extrémités d'un diamètre de la cornée. Cela fait, nous inclinons légèrement le couteau vers nous, et nous coupons en sciant. Comme nos couteaux sont d'une excellente forme pour bien couper, ce dernier temps de la première partie de l'opération est très-facile. — De cette manière la section de la cornée est très-grande, et cependant il s'écoule bien moins d'humeur aqueuse que par la section habituelle. Je réunis ainsi l'avantage de la section par la partie supérieure de la cornée aux avantages que donne pour les autres temps de l'opération, la formation d'un lambeau inférieur.

« Armé d'un petit couteau à lame très-étroite, j'incise ensuite dans l'espace pupillaire, que je voie ou ne voie pas la capsule. Je fais cette incision en haut de façon que les lambeaux de la capsule ne puissent gêner la vision à une époque ultérieure et former une cataracte secondaire.

« Cette partie de l'opération est bien facile par notre procédé ; si l'on a saisi notre manœuvre avec soin, on a dû remarquer que notre lambeau de la cornée ne descend pas beaucoup au-dessous de la pupille ; en effet, lorsque le lambeau est considérable et descend beaucoup, il est difficile, dans quelques circonstances, de ne pas piquer l'iris.

« La grandeur de notre incision est très-favorable à la sortie du cristallin. S'il est solide, nous l'ame-

sion sur un crochet ou en le prenant inférieurement par derrière; autrement alors nous servons de la curette; jamais nous ne pressons sur l'œil.

« L'extraction est souvent suivie, lorsqu'on fait usage du procédé ordinaire, d'un écoulement d'humeur vitrée et d'une diminution sensible du volume de l'œil; la partie inférieure de la cornée qui reste en place d'après notre procédé diminue beaucoup ce vide et cet écoulement; et, s'il faut les premières fois un peu plus d'adresse pour ne pas blesser l'iris avec notre couteau, on y arrive ensuite avec la plus grande facilité : ajoutons que l'incision se fait merveilleusement au moyen de notre couteau. — Disons que nos incisions sont toujours suffisantes, et enfin que le défaut d'étendue de l'incision est l'une des causes les plus fréquentes de l'insuccès de l'extraction.

« Notre procédé a donc réellement, comme nous l'avons dit, le mérite de réunir les avantages de l'incision supérieure de la cornée, à la facilité de manœuvre que donne une incision pratiquée à la partie inférieure. Nous pouvons affirmer, quoique n'en ayant pas encore fait plus de 60 fois usage, que la cicatrice est plus facile et plus nette, parce que notre section ne présente pas de biseau.

« Voici les dimensions de notre couteau :

Longueur, 4 centimètres, 5 millimètres.
Largeur au milieu, 6 millimètres.
Largeur au talon, 9 millimètres.

Les dimensions de nos sections sont en moyenne celles-ci :

Diamètre du segment environ 5 millimètres de moins que celui de la cornée.
Hauteur du segment environ 4 millimètres.

« L'on voit par ce qui précède, que loin d'admettre avec M. Furnari que l'extraction doive être aujourd'hui presque complétement abandonnée, nous la regardons au contraire comme une méthode supérieure à l'abaissement, surtout lorsque l'on se sert de notre procédé. Cette manière de voir nous semble suffisamment justifiée par le succès de notre pratique pour nous porter à persister dans cette voie. »

Il arrive souvent chez les vieillards qu'après l'extraction du cristallin, la cornée s'affaisse, se plisse et présente un enfoncement au lieu d'une saillie. Quelque bien exécutée qu'ait été l'extraction, le malade ne voit pas. Voici comment M. le professeur Maunoir (*Bibliothèque universelle de Genève*) a remedié à cet inconvénient; nous le laissons parler :... « J'étais préparé à cet accident. J'avais de « l'eau distillée chauffée au bain-marie; je fis cou« cher mon malade, pour mettre sa tête sur un « plan horizontal, et je formai comme un petit lac « d'eau tiède sur toute la partie extérieure de la voûte « orbitaire, de manière que le globe de l'œil et les « paupières fussent complétement dans l'eau. Alors « je soulevai le lambeau de la cornée (l'incision « avait été faite en haut); l'eau pénétra dans les « deux chambres de l'œil, effaça les rides de la « cornée, lui rendit la convexité, et en même temps « au malade la faculté de distinguer les objets qui « étaient devant lui. »

M. Maunoir a obtenu le même succès dans un autre cas analogue.

Le docteur J. E. Mazalhoes Coutinha a consigné dans le *Jornal da Sociedade de Sienoias medicas de Lisboa*, 1841, des observations sur la cataracte, extraites de la pratique de M. Fabini; ce mémoire, intéressant par les faits qu'il renferme, est repro-

duit par le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (janvier 1842, p. 37).

Sur 500 individus atteints de la cataracte, 268 étaient du sexe masculin, et 232 du sexe féminin. Quant aux âges, voici les proportions observées par le docteur Fabini :

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| De | 1 | à | 10 | ans | 14 | individus. |
| » | 11 | » | 20 | » | 16 | » |
| » | 21 | » | 30 | » | 18 | » |
| » | 31 | » | 40 | » | 31 | » |
| » | 51 | » | 60 | » | 102 | » |
| » | 61 | » | 70 | » | 172 | » |
| enfin après | | | 70 | » | 190 | » |

On voit que la disposition à la cataracte n'a pas été aussi grande jusqu'à quarante ans que de cet âge à une période plus avancée. Des 500 malades observés, 107 furent soumis à l'opération : 5 par la kératonyxie, 2 par la dépression et 100 par l'extraction. Deux de ces derniers avaient été opérés depuis peu de temps, par la kératonyxis, sur un seul œil.

Dans tous les cas où la kératonyxis fut pratiquée, la cataracte était molle, excepté chez un individu de 45 ans, où elle était laiteuse. Chez tous, le cristallin fut absorbé ; mais quand on examina les yeux à une lumière faible, on vit que la capsule du cristallin était un peu remontée, et pour cette raison M. Fabini ne se prononce pas en faveur de cette méthode. Les accidents secondaires furent peu différents de ceux qui suivent l'extraction.

Deux personnes avancées en âge, qui avaient les yeux enfoncés, furent opérées par la dépression. Ces individus avaient déjà éprouvé, à diverses reprises, des accès de goutte. Le résultat de ces opéra-

tions fut, chez l'un, la réascension du cristallin; chez l'autre, l'atrésie de la pupille.

Six des individus opérés par l'extraction ne furent pas observés jusqu'à la fin.

Les plus mauvais résultats de cette méthode se manifestèrent dans l'ordre suivant :

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Chez | 5 | individus | de | 31 | à | 40 | ans, | 1 | fois |
| » | 13 | » | » | 41 | » | 50 | » | 2 | » |
| » | 26 | » | » | 51 | » | 60 | » | 10 | » |
| » | 37 | » | » | 61 | » | 70 | » | 10 | » |
| » | 4 | » | après | | | 70 | » | 1 | » |

Les lésions secondaires, qui privèrent de la vue ces malades, furent les suivantes : Deux restèrent avec une amblyopie amaurotique; chez un, il fallut abandonner la capsule opaque, compliquée de la perte d'une grande quantité d'humeur vitrée, qui faisait hernie. Chez un autre il survint une amaurose complète, à la suite d'une perte très-considérable du corps vitré. Dans les autres cas, ce furent les accidents inflammatoires qui détruisirent la faculté de voir; 11 fois il y eut iritis, et 8 fois chémosis (?).

La complication la plus fâcheuse fut la goutte; 12 des individus chez lesquels l'opération ne fut pas suivie d'heureux résultats en avaient été atteints; un vieillard avait un œdème aux jambes; deux autres personnes, âgées aussi, avaient une disposition à l'hydropisie; une femme de 60 ans, non-mariée, avait un cancer au nez; et trois autres, âgées de plus de 50 ans, n'avaient point présenté de lésions apparentes avant d'être atteintes de la cataracte.

M. Fabini a vu des cas où certaines maladies, coïncidant avec la cataracte, n'invalidèrent d'aucune manière le résultat de l'opération : ce furent

des affections rhumatismales et goutteuses; des céphalalgies très-antérieures au développement de la cataracte; une dartre farineuse générale chez un homme de 71 ans; une dartre à la tête chez un septuagénaire; une énorme tumeur enkystée au dos, laquelle était la cause directe de la cachexie dans laquelle tombait un homme de 74 ans; le marasme sénil chez 5 personnes âgées toutes de plus 60 ans, un homme et quatre femmes; la danse de S^t-Guy chez un jeune garçon de 18 ans, lequel éprouvait, en outre, un nystagme fréquent; l'idiotisme chez une fille de 40 ans; un ptérygion, qui ne s'étendait pas jusqu'au milieu de la cornée chez un homme de 50 ans; enfin, un corps étranger ayant la consistance de la corne et la forme d'une semence de carthame, qui existait depuis longtemps dans la conjonctive de la cornée. La malade, qui était une femme de 37 ans, dit qu'il était le résultat de l'instillation d'une eau blanche très-corrosive, dont elle s'était servie, espérant, par ce moyen, se guérir de la cataracte. Neuf jours après l'extraction du cristallin, on enleva le corps étranger; la cornée conserva sa transparence.

Quelques accidents inattendus se présentèrent pendant l'opération; ce furent les suivants :

L'incision de la cornée étant trop petite, il fallut l'agrandir avec les ciseaux de Daviel; cet inconvénient eut lieu chez 5 personnes; 2 d'entre elles conservèrent une lésion de la vue; mais il faut noter que ces malades avaient précédemment souffert de la goutte. Le prolapsus de l'iris ne put être réduit chez 2 patients, qui perdirent la vue. Il y eut procidence du corps vitré sur 10 opérés, et 2 d'entre eux furent privés de la vue; chez un, il était sorti une grande partie d'humeur vitrée, et chez l'autre il était survenu une iritis rhumatismale. Deux fois,

par la violente contraction des muscles de l'œil, après l'incision de la cornée, le cristallin sortit subitement avec la capsule et une grande quantité d'humeur vitrée, sans qu'il en survînt d'inconvénient pour la vue du malade. La plaie de la cornée se guérit sans inflammation. Neuf fois il y eut blessure de l'iris, tant par le couteau, qui en blessa une portion, que par l'aiguille employée pour ouvrir la capsule : un sujet goutteux perdit la vue, en conséquence de cet accident. Le cercle ciliaire fut blessé chez un homme de 70 ans, qui avait éprouvé annuellement de fréquents accès de céphalalgie ; une fièvre intermittente tierce se déclara deux jours après l'opération ; la blessure du cercle ciliaire se cicatrisa complétement. Il arriva une fois que, chez un homme de 61 ans, au moment de la sortie de l'instrument à travers la cornée, la conjonctive, très-lâche, fut soulevée vers l'angle interne de l'œil, en forme de pli, lequel fut divisé par l'instrument ; il en résulta une petite tumeur qui n'apporta point d'obstacle à la vision. Deux fois, après la sortie du cristallin, il se forma une bulle d'air au-dessous du lambeau de cornée, en face de la pupille, ce qui obscurcit momentanément la vision ; chez un opéré cette bulle se dissipa à l'aide de frictions pratiquées pendant quelques minutes sur la paupière supérieure ; chez l'autre, voyant que ce moyen ne réussissait pas, on laissa l'œil en repos ; cet accident n'eut de suites fâcheuses ni pour l'un ni pour l'autre de ces malades. La cornée transparente fut blessée, une fois, en face de la pupille, par la faute de l'aide qui lâcha la paupière supérieure qui lui était confiée. Une autre incision fut pratiquée et l'opération fut achevée sans autre inconvénient ; pendant les premiers jours qui la suivirent, le malade accusait une dou-

leur qui augmentait lors des frottements de la paupière sur le globe. Après la cicatrisation de cette plaie, il disait voir les objets difformes; il ne survint aucune altération de la cornée, et au bout d'un an la vue était parfaite.

Après l'opération, M. Fabini applique un bandage aussi simple que possible; mais quelques-uns de ses opérés ont commencé aussitôt à se servir de l'œil; chez les sujets d'une bonne constitution, cette conduite n'a pas été nuisible. Un vieillard de 70 ans fut vu, quelques jours après l'opération, fumant une pipe ayant à peine la longueur du petit doigt, de sorte que la fumée venait en contact avec l'œil opéré; il ne voulut supporter aucun bandage pendant la durée du traitement; néanmoins il recouvra une vue excellente, sans avoir ressenti la plus légère ophthalmie.

La cornée fut incisée chez 54 cataractés, par la partie inférieure; chez 24 par la partie supérieure; chez 22 par la partie latérale externe. M. Fabini trouve que l'incision supérieure a l'inconvénient de retarder la cicatrisation par l'impression nuisible que doivent produire les contractions des paupières, qu'aucun moyen ne peut empêcher. Cet oculiste est un peu porté à croire que le prolapsus de l'iris, qui eut lieu sur 3 malades pendant la durée du traitement consécutif, fut la conséquence de ce procédé opératoire. Le même accident peut avoir lieu chez les personnes qui ne consentent pas à avoir les yeux légèrement comprimés après l'opération.

L'incision latérale fut pratiquée, de préférence, chez les cataractés qui avaient les yeux saillants, et jamais on n'a observé que la séparation des lèvres de la plaie ait déterminé la procidence de l'iris.

Le docteur Fabini pratique l'incision avec le

couteau de Beer. Quand elle est trop petite, il lui donne plus d'étendue, en se servant des ciseaux de Daviel.

On se sert communément, en Angleterre, dit le docteur Walker, de Manchester (*The Lancet*, 1841, *Nederl. Lancet*, septembre 1841), du couteau à cataracte de Beer; l'arête saillante du centre de la lame lui a paru gênante; il a trouvé commode d'inventer l'instrument de Tadini (celui sans arête bien entendu) tel qu'il se trouve représenté fig. 2, pl. 1, des *Recherches sur l'opération de la cataracte* par M. Carron du Villards. Disons cependant que la lame du couteau auquel M. Walker a donné son nom, est plus courte que dans l'instrument de Tadini, ce qui doit nécessairement le rendre infiniment plus difficile à manier.

*k*) *Extraction par la sclérotique.* M. Cunier avait émis, dans ses *Annales d'Oculistique*, (I, sept. 1839, II, p. 149), l'avis que l'extraction par la sclérotique a été abandonnée un peu légèrement; et il s'est livré à des essais dont les résultats ont été reproduits par M. Furnari, pages 260-262 de son *Traité des maladies des yeux*.

Un médecin italien, M. Pirondi, a publié (*Memoriale della Medicina contemporanea*, 1840) un mémoire dans lequel il s'efforce de faire prévaloir sur l'extraction par la cornée, la scléroticotomie, pour laquelle il propose un procédé nouveau. Il fait précéder la description de son instrument et de son procédé, d'un examen comparatif des dangers de la kératotomie et de la scléroticotomie. Ce n'est point comme méthode générale qu'il préconise cette dernière; il pense, comme à peu près tous les chirurgiens d'aujourd'hui, que l'extraction et l'abaissement ont chacun leurs indications, que l'art doit

chercher à démêler; mais si l'extraction a été une fois résolue, il se demande quelle méthode est préférable pour la pratiquer. Il n'est guère de chirurgien moderne qui ne répondît d'une manière péremptoire à cette question : l'extraction par la cornée est de beaucoup préférable, et n'appuyât sa préférence des grands dangers qu'on affronterait en parvenant au cristallin par la sclérotique.

Cette opération n'est pas inconnue dans la science; avant les essais de M. Cunier rappelés ci-dessus, on connaissait ceux de Benjamin Bell, James Earle, Lebel, Quadri, Jurengken. Voici comment M. Pirondi établit la supériorité de la scléroticotomie : nous transcrivons l'analyse de la *Gazette médicale*.

« Il réduit les dangers de la kératotomie aux suivants :

« 1° La mobilité de l'œil et quelquefois la dureté de la cornée, qui font courir à l'opérateur le plus habile le risque de blesser l'iris ;

« 2° Souvent la pression du cristallin contre la face postérieure de l'iris non dilaté, malgré l'emploi de la belladone, détache cette membrane à sa circonférence dans une étendue plus ou moins grande ;

« 3° La cicatrice de la cornée, quoiqu'habituellement linéaire, peut quelquefois s'étendre assez pour gêner l'entrée des rayons lumineux ;

« 4° L'habileté la plus extrême ne peut éviter l'écoulement d'une certaine quantité des humeurs de l'œil ; sans discuter la reproduction de l'humeur aqueuse, M. Pirondi établit comme chose certaine que, dans les opérations suivies d'un heureux résultat, l'œil a perdu une moindre quantité d'humeur que dans les cas malheureux ;

« 5° Rarement on s'en tient à un seul instrument pour l'extraction faite par la cornée ; quelquefois

l'insuffisance de la plaie faite à celle-ci oblige de revenir à deux fois pour l'agrandir, chose qui n'est pas indifférente pour un organe aussi délicat ; et si, en voulant éviter cet inconvénient, on pratique d'abord une grande incision, on court le risque de perdre beaucoup d'humeur, accident que tous craignent, et M. Maunoir (de Genève), en particulier, qui propose l'instrument de M. Carron du Villards pour agrandir la plaie de la cornée quand elle n'est pas suffisante ;

« 6° Enfin, la capsule reste presque toujours en place, soit entière, soit en partie, et peut devenir par la suite un nouvel obstacle à la vision, ce qui ne peut arriver dans l'extraction par la sclérotique, puisque la capsule est enlevée avec le cristallin.

« De ces six inconvénients inhérents à l'extraction par la cornée, quatre, suivant M. Pirondi, sont étrangers à l'autre opération, qui n'a de commun avec la scléroticotomie que le quatrième. On peut y ajouter le danger de blesser l'artère ciliaire longue, d'autant plus que la plaie faite à la sclérotique doit être assez large ; mais comme pour l'abaissement, il est un moyen sûr d'éviter ce danger, c'est de n'ouvrir la membrane qu'au-dessous de l'axe transversal de l'organe ; si l'on reprochait aussi à l'opération dont il s'agit de ne pouvoir faire l'extraction du cristallin dans les cas de grande mollesse de la cataracte, le reproche s'adresserait tout aussi bien et plus à la kératotomie, car nous verrons, en décrivant l'opération, que pendant sa durée, le chirurgien peut reconnaître cet état, s'il ne l'a point fait avant, et alors pratiquer une espèce d'abaissement sans largement ouvrir la sclérotique.

« Avant d'entrer dans la description de l'instrument et du procédé opératoire, nous ferons remar-

quer que parmi les dangers reconnus par M. Pirondi à la méthode ordinaire d'extraction, il omet le plus redoutable, celui qui épouvante à tel point les chirurgiens les plus habiles, qu'ils relèguent l'extraction dans le domaine des exceptions ; nous voulons parler de l'inflammation, dont la suite presque inévitable est la perte de l'œil. Les conditions sont les mêmes dans les deux cas pour sa production : des deux côtés, large plaie qui fait communiquer l'intérieur de l'organe avec l'extérieur ; des deux côtés, nécessité, pour l'oblitération de cette plaie, d'une inflammation adhésive dont la marche peut être entravée par une foule de causes dont quelques-unes, connues, peuvent être évitées, mais dont la majeure partie nous échappe. Ajoutons que la plaie faite par la sclérotique s'adresse à des membranes très-délicates ; relativement à l'issue des humeurs de l'œil, la théorie semble indiquer qu'elle est plus facile et plus directe quand la sclérotique est incisée, surtout dans ces cas difficiles, impossibles même à prévoir, où le corps vitré, ayant perdu sa consistance, s'élance d'un seul jet au-dehors, avec ou sans le cristallin. La présence de l'iris et de la capsule elle-même sont sans contredit des obstacles que l'humeur vitrée doit franchir avant de s'échapper, et qu'elle ne rencontrera point dans la scléroticotomie.

« Nous n'oublions pas d'ailleurs que nos objections sont théoriques ; mais elles sont bien excusables, ne s'adressant ainsi qu'à une méthode théorique.

« *Description de l'instrument.* — Nous ne prétendons donner à nos lecteurs qu'une idée de l'instrument de M. Pirondi, les descriptions les plus exactes n'équivalant pas en pareil cas au plus simple examen. Qu'on se figure un lithotome simple

dont le volume soit approprié au volume de l'œil, et terminé à son extrémité libre par une petite lame transversale et mobile sur les plaques qui cachent le lithotome. Ce dernier peut s'écarter plus ou moins, suivant la volonté du chirurgien, des lames qui le cachent, à l'aide d'un levier placé à la réunion du manche et de la lame. Enfin, un autre mécanisme sert à faire mouvoir le petit tranchant transversalement placé à l'extrémité de l'instrument, et c'est à l'aide de ce mouvement que le cristallin et la capsule, traversés d'abord, sont accrochés et peuvent être ramenés au-dehors.

« *Premier temps de l'opération.*—Le malade et l'œil, préparés comme pour l'abaissement, le chirurgien tenant l'instrument avec les trois premiers doigts de la main droite, en présente la pointe perpendiculairement au plan tangent à la sclérotique, pendant que le grand axe de l'instrument est parallèle à celui du corps. La pointe doit traverser la sclérotique, au lieu d'élection pour l'abaissement.

« *Deuxième temps.*—Le chirurgien fait manœuvrer à l'extérieur le manche de l'instrument, comme l'aiguille à cataracte. Dans ce temps, la pointe passe entre l'iris et la capsule cristalline.

« *Troisième temps.*—La pointe est tournée vers le cristallin, qu'elle embroche en traversant la capsule; alors, à l'aide d'un ressort, la pointe, entraînant avec elle le cristallin et la capsule est emprisonnée.

« *Quatrième temps.*—Par de légères tractions, le cristallin est détaché des corps ciliaire et vitré, puis entraîné vers la plaie de la sclérotique, qu'alors seulement agrandit le lithotome ouvert au degré convenable, par la pression du pouce, sur le levier adapté à la base de sa lame.

« Si, dans le troisième temps de l'opération, on reconnaît la mollesse du cristallin, on peut le broyer en place avec la pointe de l'instrument, que l'on retire alors sans l'ouvrir, ou que l'on peut retirer d'abord et se servir de la voie qu'il a tracée pour conduire une aiguille ordinaire dans l'œil.

« La scléroticotomie, telle qu'elle est décrite dans les livres d'opérations, se pratique simplement avec un kératotome ordinaire et une petite pince. Cette dernière traverse la plaie de 3 ou 7 millimètres faite à la sclérotique par le kératotome pour aller chercher le cristallin. L'instrument de M. Pirondi sert à tous les temps de l'opération; mais, outre qu'il est compliqué, nous ne savons jusqu'à quel point on peut compter sur lui pour saisir et retirer, sans les déchirer, le cristallin et sa capsule. »

M. Sichel a adopté pour les cataractes capsulaires secondaires, l'extraction par la sclérotique. (*Gazette des Hôpitaux*, 1841). «L'extraction par la cornée, dit-il, devient toujours très-épineuse, à cause de la difficulté de charger d'avant en arrière, à l'aide de la pince ou de l'érigne, la membrane opaque non adhérente; elle fuit le plus souvent en arrière, et n'est saisie qu'après beaucoup de tentatives infructueuses. Une procidence de l'iris, suivie de staphylôme de cette membrane, d'irrégularité, de rétrécissement, voire même quelquefois d'oblitération de la pupille, peut être la suite fâcheuse de cette méthode. Pour éviter d'une manière sûre ces inconvénients, nous avons souvent songé à pratiquer l'extraction de la capsule opaque par la sclérotique.

« On sait que Bell et Earle, en Angleterre, M. Quadri, en Italie, et dernièrement encore M. Sirus-Pirondi, ont proposé et exécuté sur le vivant, à l'exception de ce dernier, l'extraction de la cata-

rant lenticulaire primitive par la sclérotique. Si leurs essais n'ont pas eu un succès suffisant pour encourager d'autres chirurgiens à les imiter et pour empêcher les trois premiers de ces chirurgiens d'abandonner cette méthode, cela semble tenir en partie aux inconvénients généraux d'une vulnération assez étendue du globe oculaire, de l'inflammation qui doit s'ensuivre et de la sortie d'un corps volumineux comme le cristallin entre les lèvres de la plaie (1). D'autre part, le danger de cette méthode m'a paru résulter de la direction verticale donnée à la section de la sclérotique par les chirurgiens qui l'ont pratiquée sur le vivant. Il en est résulté, en effet, que les contractions du muscle droit externe éloignent toujours la lèvre externe de la plaie de l'interne qui est adhérente à la cornée ; que ces contractions, comprimant en même temps les humeurs contenues dans la coque oculaire, leur communiquent une tendance à s'échapper par les lèvres de la plaie, circonstances fâcheuses, dont la réunion doit puissamment augmenter les chances d'inflammation, de suppuration et de fonte de l'œil.

« Il devra en être autrement, me dis-je, si, au lieu d'un cristallin volumineux, *on n'extrait qu'une capsule mince* ou un lambeau de cette membrane ; si, au lieu d'une section étendue, *on ne fait qu'une ponction le plus limitée possible*, et si, en outre, au lieu de verticalement, l'ouverture de la membrane fibreuse est faite *transversalement*, parallèlement aux fibres du muscle droit externe, dont les

(1) Nous renverrons, pour les accidents consécutifs à l'extraction par la sclérotique, à ce qu'en a dit M. Cunier (Ann. d'Oculistique, vol. II, p. 140-150.)

contractions alors n'écarteraient plus l'une de l'autre les lèvres de la plaie.

« L'hyaloïde étant toujours plus ou moins déchirée, et le corps vitré plus ou moins ramolli ou liquéfié par suite des opérations de cataracte pratiquées à l'aiguille, je pensai qu'il serait nécessaire, en même temps, de pratiquer la ponction de la sclérotique *le plus haut* possible; qu'on devrait choisir *les pinces les plus fines*, éviter tout mouvement brusque, trop étendu, de cet instrument, dans la crainte de produire à la fois un écartement trop considérable des lèvres de la plaie et une contraction soudaine et trop violente des muscles oculaires. Par ces moyens, on préviendrait une perte trop grande des liquides contenus, perte suivie d'affaissement de l'œil avec ou sans inflammation violente. »

Suivent quatre observations pratiquées dans la même quinzaine avec un succès complet, et qui prouvent que cette nouvelle méthode opératoire, exécutée d'après les règles tracées *à priori* par M. Sichel, a en effet les avantages qu'il lui supposait, et qu'il est permis d'espérer qu'après des essais répétés, on la reconnaîtra pour une acquisition réellement utile dans le domaine de l'oculistique. Ajoutons que cette méthode sera applicable toutes les fois que l'abaissement de la cataracte capsulaire secondaire sera impossible, à l'exception toutefois des cas d'adhérences trop étendues et de rétrécissement pupillaire notable, cas dans lesquels il faudra avoir recours à l'opération de la pupille artificielle.

*l*) *Influence de l'opération de la cataracte.*— Un des collaborateurs des *Annales d'Oculistique* avait posé cette question (vol. II, p. 51): *Quelle est l'influence qu'exerce l'opération de la cataracte*

*sur la vie de ceux qui la subissent?* D'après lui, les opérés de la cataracte perdraient la gaieté, seraient pris de spleen, et enfin la mort les atteindrait au bout de peu d'années.

MM. Van Onsenoort (*Nederlandsch Lancet*, *Ann. d'Oculist.*, II, p. 159), Maunoir, de Genève (*Ann. d'Oculist.*, II, p. 227), Pamard, d'Avignon (*Ibidem*, p. 230), Cambrelin (*Ibidem*, III, p. 165), Carron du Villards (*Ibid*, p. 41, *l'Esculape* 1840), ont combattu, par des faits nombreux et authentiques, l'opinion de M. X***.

Le docteur Hartmann rapporte (*Henke's Zeitschrift*, 1840), l'histoire d'un homme qui était complétement aveugle depuis 36 ans, par suite de cataracte. La dépression a été pratiquée sur le seul œil qui restait (l'autre était atrophié) : deux mois après, l'opéré pouvait lire et écrire. Ce fait offre cela de remarquable que, ainsi que le fait observer avec raison M. Chélius (*Traité cit.*, II, p. 226), la rétine et le nerf optique, inactifs pendant longtemps par une cataracte complétement développée, deviennent souvent presque insensibles; le cataracté de M. Hartmann a, lui, récupéré par l'opération une vue qui lui permettait de lire et d'écrire, résultat que l'on est loin d'obtenir toujours, même chez des individus aveugles depuis peu de temps.

Un médecin suisse, M. Berger (*Schweiz. Zeitsch. Ann. d'Ocul.*, I, p. 392), a vu l'aliénation mentale survenir chez une femme de 65 ans, qui avait recouvré la vue par l'opération de la cataracte; elle fuyait les hommes et la lumière.

11) *Glaucôme.* — Les *Annales d'Oculistique* avaient mis au concours, pour 1840-41, la question suivante :

*Qu'est-ce que le glaucôme? Avec quelles maladies peut-il être confondu? Insister sur son diagnostic différentiel. Faire connaître son traitement.*

La rédaction a reçu deux mémoires en réponse à cette importante question. Celui de M. le docteur Warnatz, de Dresde, a été couronné.

Ce travail, qui paraîtra dans le journal de M. Cunier, est surtout remarquable par les recherches d'anatomie pathologique auxquelles s'est livré l'auteur, et par le soin tout particulier qu'il a mis à tracer exactement le diagnostic différentiel.

Nous nous étions proposé de donner une analyse complète du mémoire de M. Schroeder Van der Kolk (*Anatomisch pathologische opmerkingen, etc. over het Glaucoma*), inséré dans le 1er fascicule des *Verhandelingen van het Genootschap ter bevordering der Genees-en Heelkunde te Amsterdam* (1841); mais nous avons vu dans le dernier cahier des *Annales d'Oculistique* (VI, p. 121) que M. Sichel allait se livrer à l'appréciation de ce travail, et nous avons abandonné notre projet.

Le mémoire que publie en ce moment M. Sichel, dans les *Annales d'Oculistique*, doit être mentionné par nous. Cet écrit, dont la partie historique n'a pas encore paru, constitue une monographie complète — selon la vraie acception de ce mot — du glaucôme. L'auteur s'est attaché à prouver que cette affection a son point de départ dans une choroïdite.

12) *Hydrophtalmie.* — Un cas remarquable d'hydrophtalmie a été rapporté par M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, vol. IV, p. 244).

M. O'Beirne ayant publié dans la *Dublin medical*

*Press* plusieurs cas de cette maladie, un, entre autres, qui a été reproduit dans la livraison de juillet 1840 des *Annales d'Oculistique*, a été mis en demeure par plusieurs chirurgiens anglais de faire connaître les signes à l'aide desquels il avait pu sûrement distinguer cette maladie de l'exophthalmie.

Le chirurgien irlandais établit ainsi sa doctrine à cet égard. Selon lui, il n'y a aucun moyen direct de comparer le globe oculaire saillant ou élargi au globe oculaire sain; car celui-ci, placé profondément, échappe à toute mesure; mais les caractères suivants, empruntés à la paupière supérieure, lui paraissent suffisants pour établir ce diagnostic dans les cas obscurs.

Dans toutes les exophthalmies qu'il a observées, et elles sont en grand nombre, sans distinctions de causes, dans un cas représenté par M. Benjamin Travers (*Diseases of the Eye*, p. 223), dans un cas opéré par le professeur Todd; dans deux autres que l'auteur tient de M. Adams, et dans tous ceux qu'il a trouvés dans les auteurs, sauf M. Travers, qui a négligé, dans une observation, de noter ce caractère, toujours l'auteur a trouvé la paupière abattue sur l'œil, qu'elle recouvre en grande partie. A cette espèce de chute de la paupière se joignent plus ou moins de paralysie, un œdème notable, une coloration rouge livide, et un grand nombre de veines variqueuses parcourant en tous sens les paupières.

Nous devons ajouter que, dans les cas cités par M. O'Beirne, il se trouve quatre cas d'exophthalmie dépendant de cancer de la glande lacrymale et un de cancer du cerveau, qui avait envahi l'orbite.

Dans l'hydrophthalmie elle-même, les choses sont différentes; qu'elle soit générale, qu'elle soit partielle et bornée à la chambre antérieure, l'œil reste

plus à découvert que dans l'état normal; la paupière supérieure est refoulée en haut et en arrière ; mais ni sa coloration, ni son épaisseur n'ont changé. M. O'Beirne affirme que ces différences dans la paupière permettent de distinguer sûrement les deux maladies.

M. le docteur Fréd. Pauli (de Landau) a recueilli l'observation (*V. Ammon's Monatschrift* I) que nous allons transcrire; elle doit fixer l'attention sous plus d'un rapport :

Obs. — Une femme de 30 ans, mère de quatre enfants plus ou moins scrofuleux, toujours bien portante, robuste, blonde, sanguine, fut atteinte en 1834, de la dyssenterie alors régnante; après huit jours elle était rétablie. Six semaines plus tard, manque de menstruation ; une grossesse est soupçonnée. A la fin d'octobre, oppression de poitrine, toux intense, sèche, battements de cœur, abattement général ; urines rares et très-rouges, léger œdème des pieds, appétit bon, sommeil naturel ; vers le soir, pouls un peu accéléré; chaleur piquante des mains, amaigrissement Cette femme avait beaucoup de soucis à cause de la maladie de l'une de ses filles. Les yeux éprouvèrent bientôt un changement remarquable ; de bleus, de bien formés qu'ils étaient, ils augmentèrent peu à peu de volume, et le regard devint fixe, sérieux et effrayant; les paupières pouvaient à peine couvrir les globes. Ni inflammation, ni rougeur, ni douleur. Iris de couleur naturelle, pupille se dilatant et se resserrant lentement, plus ouverte qu'à l'état normal, mais nullement angulaire ou ovale. La cornée, poussée fortement en avant, n'adhérait nulle part à l'iris. La sclérotique, dans la voisinage de la cornée, paraissait bleuâtre, matte, un peu striée, comme du gros de Naples. Toutes les parties de l'œil

étaient en général uniformément agrandies. En écartant fortement les paupières, on trouvait la partie postérieure du globe ni plus petite ni plus grande. Les milieux réfringents avaient conservé leur transparence. Les bulbes étaient durs au toucher. La malade, sans avoir de douleurs, se plaignait d'une tension qui lui faisait paraître les cavités orbitaires trop petites. Il existait une myopie assez prononeée, et les objets placés dans le lointain apparaissaient couverts d'un nuage, plus grands, quelquefois doubles. — Les symptômes de la poitrine, en rapport de causalité avec l'hydrophthalmie, portèrent à employer la digitale; après quatre semaines la malade était rétablie; la vue est redevenue bonne et normale, mais les yeux ont conservé une expression d'un hagard tout particulier, et leur état est resté tel qu'il a été décrit plus haut.

Nous croyons pouvoir affirmer avec M. Pauli que l'hydrophthalmie était due dans ce cas à la cessation trop prompte de la dyssenterie. La digitale, qui a si rapidement agi contre la maladie de la poitrine, est restée sans aucun effet sur l'hydrophthalmie. Après avoir inutilement mis en usage une foule de moyens locaux ou internes, M. Pauli a proposé la ponction, mais elle a été repoussée par la malade, toute anomalie visuelle ayant cessé.

D'après M. Bruck (d'Osnabruck), l'hydrophthalmie surviendrait souvent chez la femme comme complication de chlorose et surtout d'hystérie (*Casper's Wochenschrift*, 11 juillet 1840); la cessation des règles, ou le retard dans leur apparition à l'époque de la puberté, la précéderaient.

13) *Hypopion*. — Selon M. Schindler, de Greifnberg (*von Ammon's Monats.*, I), on ne doit pas re-

courir à la ponction de la cornée dans l'hypopion ; il appuie son opinion sur plusieurs faits qu'il signale, où l'absorption a eu lieu par les seules forces de la nature. Deux fois, il a vu la cornée se perforer, et l'épanchement purulent être évacué par l'ouverture accidentelle.

14) *Hémophthalmie.*—Voilà un sujet sur lequel il reste immensément à dire, bien que les recherches de M. Carron du Villards, publiées dans la *Gazette médicale de Paris* (*Annales d'Oculistique*, I et II, *Encyclographie*, 1838 et 1840), l'aient considérablement éclairé. Le mémoire de M. Béger, de Dresde, couronné par les *Annales d'Oculistique*, et qui va être inséré dans ce journal, fera mieux connaître cette partie si négligée de la pathologie oculaire.

Le docteur Maslieurat-Lagemard a traité, dans ces derniers temps (*Archives générales de médecine*, 1841), de l'ecchymose de l'œil et des paupières comme moyen de diagnostic dans les plaies de tête.

L'auteur rappelle d'abord l'existence du feuillet aponévrotique qui s'étend du pourtour de l'orbite aux cartilages tarses, et qui sépare le tissu cellulaire intra-orbitaire et sous-conjonctival d'avec le tissu cellulaire des paupières. Lors donc que, par le fait de contusion ou de plaie, du sang s'épanche sous l'aponévrose occipito-frontale, il pourra bien venir constituer une ecchymose dans l'épaisseur des paupières, mais jamais il n'infiltrera le tissu sous-conjonctival. Si la tache sanguine paraît de bonne heure aux paupières et s'y manifeste avant qu'on puisse la voir sur la peau qui est entre l'orbite et le lieu où existe la plaie, c'est à cause de la texture fine et de la transparence du tégument palpébral. Il va sans dire que si le point contus était placé à la partie

postérieure du crâne, ce serait sous la peau du cou que se propagerait l'extravasation du sang.

Quant aux ecchymoses sous-conjonctivales, elles reconnaissent deux causes distinctes : 1° une contusion ou une déchirure des vaisseaux de l'œil ou de la conjonctive ; 2° un amas de sang dans la cavité orbitaire, quel que soit le lieu d'où il y est conduit. Lorsque l'ecchymose sous-conjonctivale apparait à la suite d'un coup sur l'œil, c'est une preuve que la violence n'a pas borné son action aux paupières, et que le globe oculaire lui-même a été contus. Quand au contraire il existe une fracture du crâne, l'ecchymose envahit d'abord la conjonctive ; et, bien qu'elle puisse s'étendre consécutivement au tissu cellulaire palbébral, après avoir percé l'aponévrose qui est entre lui et le tissu cellulaire intra-orbitaire, l'époque différente de sa formation ne permet pas de la confondre avec celles qui tiennent à une lésion des parties extérieures du crâne. Notons encore que, dans le cas de fracture, c'est la paupière qui devient le plus souvent le siége de l'infiltration sanguine.

Nous mentionnerons ici deux faits, qui eussent peut-être mieux trouvé leur place dans une des parties précédentes de notre travail. Il s'agit de deux cas d'hémorrhagie de la conjonctive rapportés par le docteur Hocken (*London Med. Gazette*, août 1840).

Obs. I. — Un enfant est présenté à l'infirmerie oculaire (West of England Eye-Infirmary) pour être traité d'une ophthalmie purulente datant de plusieurs jours, et accompagnée d'une abondante sécrétion ; les cornées cependant sont transparentes. Le lendemain de son entrée

un écoulement sanguin a lieu par les deux yeux ; le sang sort, mêlé à de la matière purulente, de la surface de la conjonctive. Cette membrane est profondément injectée et ecchymosée.

Obs. II. — Dans un autre cas, il s'agit d'un enfant de quatre ans, scrofuleux, atteint de bronchite. Les deux yeux se sont congestionnés ; la conjonctive est devenue ecchymosée et a laissé écouler lentement beaucoup de sang de sa surface. Quelques lotions astringentes ont suffi pour dissiper ce symptôme.

A l'occasion de ces faits, M. Rognetta a publié les réflexions suivantes (*Gazette des Hôpitaux*, 1840, n° 110) :

« Dans la première de ces observations, il s'agit « d'une circonstance facile à apprécier : l'enfant « était atteint d'ophthalmie purulente, c'est-à-dire, « de phlogose au plus haut degré (hyperphlogose), « puisque les tissus enflammés sécrétaient du pus. « Or, il est facile de comprendre que le même de- « gré de violence morbide peut tellement conges- « tionner le sang dans les capillaires de la conjonc- « tive qu'il soit forcé d'en sortir, de s'extravaser. « C'est ce qui arrive dans la maladie si fréquente « qu'on appelle chémosis ; seulement, dans ce cas, « le sang s'extravase dans le tissu cellulaire sous- « conjonctival, tandis que dans le fait dont il s'a- « git, l'extravasation a eu lieu probablement aux « deux faces de la conjonctive, et plus particulière- « ment à la face antérieure. Cette circonstance « confirme parfaitement la doctrine de Lobstein « sur les phlogoses, c'est-à-dire, qu'il est un certain « degré de cette maladie dans lequel le sang quitte « les vaisseaux, et ce degré il l'a appelé *métaphlo-* « *gose*. L'hyperphlogose est un degré au-dessus de

« la métaphlogose, puisque les tissus sécrètent du « pus, et la métaphlogose est un degré supérieur « de l'épiphlogose, puisque, dans cette dernière, « au lieu de sang, les tissus ne sécrètent que de la « fibrine ou de la lymphe plastique, tandis que « dans un degré plus élémentaire, la matière sé- « crétée est tout simplement du sérum, comme « dans la plupart des hydropisies. Ces quatre de- « grés se rencontrent dans la conjonctive comme « dans les autres tissus, et leur connaissance con- « duit à des conséquences pratiques importantes, « qu'un manque de réflexion a fait méconnaître « jusqu'à présent.

« On ne confondra pas cette espèce d'hémorrha- « gie de la conjonctive, qui se rencontre surtout « chez les enfants nouveau-nés, avec celle qui a « lieu sans phlogose, comme dans la seconde ob- « servation. On a vu des femmes dont les règles, « supprimées par les voies naturelles, s'effectuaient « par les vaisseaux de la caroncule lacrymale et de « la conjonctive. L'apoplexie oculaire a lieu quel- « quefois de cette manière par exosmose des vais- « seaux du corps ciliaire et de la face postérieure de « l'iris, qui sont en continuation avec le plexus san- « guin de l'œil, la choroïde. Dans tous ces cas les « saignées du bras sont fort utiles. »

La variété d'hémophthalmie à laquelle appartiennent les faits commentés par M. Rognetta, est désignée par les Allemands sous le nom de *Blutweinen*, *Thränenbluttfluss*; Schmidt l'a appelée *Dacryohaemorrhosis*; d'autres lui ont appliqué la dénomination de *Haematodacrysis*. M. le docteur Kersten, de Magdebourg, en a donné une monographie dans le *Rust's Magazin* (1841, Bd 30, h. 1). Selon ce praticien, la source de cette hémophthalmie est double;

elle peut-être due 1) à une sécrétion de « *larmes sanguines* » provenant de la glande lacrymale ; 2) à une hémorrhagie provenant des vaisseaux du bulbe, des paupières ou de la caroncule lacrymale. Le premier genre est excessivement rare ; il a été observé par Schmidt, Berndt, von Raimann, etc, « dans les congestions de la glande lacrymale, qui se remarquent dans le scorbut, la fièvre typhoïde, l'ictère. » M. Kersten divise les hémorrhagies du second genre, en *a*) idiopathiques, *b*) substitutives d'autres hémorrhagies, *c*) symptomatiques de certaines ophthalmies. Les premières sont rarement observées ; on a vu les secondes remplacer les flux hémorrhoïdal et menstruel. Pour ce qui est des troisièmes, elles se montrent dans quelques ophthalmies purulentes, surtout dans celles des nouveau-nés, et chez les cachectiques.

15) *Fongus médullaire de l'œil.*—M. Broers, professeur à la Faculté de médecine de Leide, dans une communication faite à la Société médico-chirurgicale d'Amsterdam, et que nous ne connaissons malheureusement que par quelques lignes du compte-rendu des travaux de cette compagnie (p. 13 des *Verhandelingen*, etc., citées plus haut), s'est longuement occupé du fongus médullaire de l'œil. Espérons que le savant chirurgien hollandais livrera son travail à l'impression ; la science et l'humanité y trouveront leur compte. Les faits d'anatomie pathologique qu'il a rassemblés jetteront sans doute un grand jour sur la question.

M. Cunier donne (*Ann. d'Oculist.*, VI, liv. 4) l'histoire d'un fongus médullaire, ayant débuté sur l'œil droit, lequel a été extirpé, et qui s'est ensuite manifesté à l'œil gauche et a été suivi de mort. L'œil extirpé a été remis à M. Gluge, qui en a donné une

description anatomique détaillée (*Anatomisch mikroskopische Untersuchungen zur allgemeinen und speciellen Pathologie.* Jena, 1841. Zweites Heft.) M. Gluge a cru devoir donner à la dégénérescence qu'il a examinée au microscope, le nom de *Iridoplasma* (p. 38), à cause des variétés de coloration qu'elle présentait, et pour la distinguer du fongus médullaire ordinaire, dont elle différait complétement.

M. Heyfelder (*v. Ammon's Mon.*, 1840, p. 390) a dû extirper, presque au début du mal, un œil affecté de fongus médullaire; l'enfant, âgé de 18 mois, a survécu. L'examen anatomique de l'œil enlevé est rapporté dans les termes suivants :

La conjonctive était boursoufflée et décolorée, la cornée trouble et ratatinée; il n'existait plus la moindre quantité d'humeur aqueuse; l'iris était décoloré, et touchait la cornée; il ne restait plus qu'une strie étroite (schmalen Streifen) de pigment; le cristallin était opaque et ramolli; derrière lui existait une masse difforme, glauque (grünlich-trube), sale. M. Heyfelder se demande si c'était là une dégénérescence du corps vitré. Cette masse était entourée de la choroïde Entre cette membrane et la sclérotique, qui n'était pas altérée, se trouvait une couche de fongus médullaire adhérant intimement avec la partie postérieure de la sclérotique, recouvrant également sa face externe et se continuant jusque dans le voisinage de l'iris. Le fongus avait l'aspect d'une masse épaisse et lardacée, d'une couleur uniformément rougeâtre; on y remarquait deux cavités vides. Le nerf optique se laissa facilement détacher de la masse qui l'entourait; il n'était pas altéré; il présentait une petite tache noire, dans le voisinage du globe.

M. Rapp, professeur à Tubingue, a examiné la production au microscope : le fongus se composait de globules pas tout à fait réguliers, d'une grosseur inégale ; leur intérieur renfermait quelques nucléons. M. Rapp pense que l'on a eu ici affaire à la première variété du carcinôme médullaire de Müller. On ne trouva pas les corpuscules à queue (geschwanzten) que M. Valentin a notés dans le fongus médullaire, et que M. Rapp a aussi rencontrés une fois.

Un journal hollandais (1) renferme l'observation suivante, rapportée par M. Van der Hegge Zynen, chirurgien à La Haye.

Obs. — Une fille de deux ans, née de parents scrofuleux, avait été atteinte plusieurs fois, depuis quelque temps, d'ophthalmie scrofuleuse de l'œil droit; une médication altérante, divers autres moyens fort convenables avaient été mis en usage avec un succès apparent. Mais bientôt les symptômes s'accrurent, des taies recouvrirent la cornée, qui perdit entièrement sa transparence. Les moyens employés n'enrayèrent pas le mal. Le globe ne tarda pas à augmenter du volume; il y eut exophthalmie. On crut à une hydrophthalmie ! ! ! Cet état ne dura point; sous l'influence d'un collyre saturé de teinture de galbanum, le globe revint peu à peu sur lui-même, reprit enfin son volume naturel; la vision était presque totalement absolüe.

Peu de temps après, on s'aperçut que l'œil diminuait

---

(1) Boerhaeve, *Tydschrift voor genees-heel-verlos–en artsenymenghunde*, door Van de Kasteele en Holtrop. 'S Gravenhage, 1840.

sensiblement de volume, comme si une véritable atrophie allait survenir. Les membranes s'altérèrent dans leur couleur et leur structure anatomique. La cornée devint jaunâtre et s'affaissa ; il se manifesta un ptosis de la paupière supérieure ; on crut que l'œil serait absorbé insensiblement. (*Men meende dat hier langzamerhand absorptie van het oog zou plaats hebben*) ; mais tout à coup il se développa une violente inflammation accompagnée d'une forte rougeur et d'augmentation de volume des parties encore contenues dans l'orbite. Le traitement fut aussi dérivatif et aussi antiphlogistique que possible. La cornée disparut entièrement, le globe prit un aspect sarcômateux, proémina bientôt hors des paupières et prit le caractère d'un fongus de mauvaise nature, surtout sous l'influence de son exposition à l'air. Une ulcération d'un mauvais caractère prit la place de la cornée ; elle augmenta jusqu'à la mort.

L'aspect extérieur du cadavre offrit les particularités suivantes : émaciation considérable ; couleur jaune-terreuse (vaal-gele) de la peau. — L'œil droit était converti en une masse bosselée, multicolore ; l'œil gauche, dont on voyait les membranes, offrait en son centre une tumeur spongieuse du volume d'une noisette, sortant des paupières. Le côté droit du cou et de la face présentait une tuméfaction dure, bosselée, bleuâtre. La région hypogastrique était légèrement gonflée et dure au toucher ; les extrémités inférieures œdématiées.

*Ouverture du cadavre.* Les os du crâne étaient durs, épais, très-blancs ; leur face interne était recouverte de petites plaques d'une couleur rouge foncé. L'auteur dit que ces plaques sont pour lui une démonstration de l'état de maladie des vaisseaux qui unissent la table interne du crâne et la dure-mère ; c'est là, dit-il, ce qui constitue une angiectasie, état désigné par plusieurs

auteurs, entre autres par Hodgson, sous le nom d'anévrysme par anastomose. — Des plaques analogues existaient à la surface externe de la dure-mère ; vues à la loupe, elles avaient une apparence spongieuse (sponsachtig) ; ces plaques étaient plus nombreuses à l'union de cette membrane avec le plancher supérieur de l'orbite, surtout du côté gauche. — Cette membrane était d'ailleurs saine dans toute son étendue ; entre elle, l'arachnoïde et la pie-mère, il existait de la sérosité en plus grande abondance que dans l'état naturel. Cette sérosité était surtout plus abondante entre la pie-mère et le cerveau ; on ne trouva aucune altération pathologique visible dans le cerveau ; les nerfs optiques étaient sains.

La voûte orbitaire supérieure ayant été enlevée, on découvrit dans l'orbite du côté droit les restes de l'œil qui étaient convertis en une masse dure et puante (stinkende). Le nerf optique était entièrement séparé (*afgescheiden*) du globe. Le périoste de l'orbite et des paupières était sain. La sclérotique put être reconnue à gauche ; on put difficilement retrouver la choroïde. Les autres membranes et les humeurs de l'œil avaient entièrement disparu et étaient converties en une masse diversement coloriée. La tumeur de la partie droite du cou et de la face n'était rien autre qu'une dégénérescence de la parotide, dont on ne retrouva aucun vestige.

Diverses altérations furent notées dans la cavité abdominale.

. . . . . . . . .

Telle est l'observation rapportée par M. Van der Hegge Zynen ; nous avons fidèlement traduit sa relation. Nous n'acceptons pas pour nous le vague qu'elle présente. — D'après le chirurgien de La Haye, ce cas est surtout remarquable à cause de la non-altération des nerfs optiques à l'intérieur du

crâne, bien que la mort ait été le résultat de l'affection.

**C. *Lésions dynamiques, sans altération organique appréciable durant la vie.***

*a.*) *Ophthalmoplégie.*— Le docteur Jacob a traité (*Dublin medical Press*, 1841) des paralysies et d'autres maladies nerveuses de l'œil. Il s'est attaché d'abord à déterminer le rôle particulier de chacun des muscles orbitaires dans l'exercice de la vision. Il n'admet pas qu'aucun d'eux puisse imprimer au globe oculaire des changements capables d'assurer la vue à diverses distances; le tissu cellulaire du fond de l'orbite est trop mou pour servir de point d'appui, et d'ailleurs, si tel était l'usage de ces muscles, il devrait y avoir myopie ou presbytie lorsqu'ils sont paralysés; or, la faculté de voir de près comme de loin demeure intacte(???) dans la paralysie si fréquente de la troisième paire. Quel est donc l'effet produit par les muscles obliques? Il consiste en une rotation du globe oculaire sur son axe antéro-postérieur, avec un léger mouvement par lequel la cornée est dirigée un peu en haut et en dedans, quand le petit oblique agit, et en bas et en dehors lorsque c'est le grand oblique. Ce déplacement, du reste, est extrêmement faible, et c'est probablement pour cela que des expérimentateurs attentifs, tels que Ch. Bell et M. Duffin, l'ont méconnu. Le premier, en effet, dit qu'après avoir coupé les deux obliques, les mouvements volontaires de l'œil n'avaient subi aucune altération; et le second, ayant divisé les quatre muscles droits, vit le globe oculaire rester immobile et la pupille fixée au centre de l'orbite. Il n'est cepen-

dant pas impossible de constater l'influence des muscles, et l'occasion de le faire se présente, du moins pour le supérieur, dans les cas de paralysie de la troisième paire, et bien mieux encore dans ceux de la troisième ainsi que de la sixième, où le nerf qui anime ce muscle a seul conservé son pouvoir. M. Jacob rapporte des observations de ce genre. Chez une femme où le nerf moteur oculaire commun avait seul perdu ses fonctions, l'œil à l'état de repos se dirigeait un peu en dehors, et lorsqu'on prescrivait à la malade de regarder en bas, l'œil tournait vers la tempe par un simple mouvement de rotation, et sans que la pupille se portât sensiblement en bas. Dans ce cas, ajoute-t-il, l'œil est plus saillant que d'habitude; mais je l'attribue plutôt à quelque maladie de l'orbite qu'à la prédominance d'action du grand oblique.

Si la quatrième paire était isolément frappée de paralysie, ce serait là l'occasion d'une contre-épreuve aussi intéressante que décisive; mais cette lésion existe-t-elle réellement? M. Jacob fait observer avec raison que, dans sa doctrine, la question est très-difficile à résoudre, puisque le mouvement qu'il attribue au grand oblique est si délicat, si léger, qu'on aura sans doute beaucoup de peine à décider s'il manque, au milieu de l'action des autres muscles continuant leurs fonctions naturelles. Cependant, on ne voit pas pourquoi le pathétique ne pourrait pas, comme les autres nerfs de l'orbite, subir l'influence des lésions auxquelles la longueur de son trajet et sa gracilité semblent au contraire le rendre plus exposé. L'auteur serait même tenté de rapporter à cette paralysie du nerf pathétique certaines altérations de la vision dont on serait fort embarrassé de trouver ailleurs la véritable cause.

Telle est la diplopie, avec trouble de la vue et peu ou point de strabisme, maladie désignée sous le nom de *monoblepsis* par M. Mackenzie. Il cite cinq cas de ce genre, un observé par M. Mackenzie, un par Reed, un par Sir Ev. Home, et deux par lui-même; dans trois de ces observations, le malade ne voyait double que lorsqu'il regardait des objets éloignés. Du reste, la vue double existe aussi dans les paralysies de la sixième paire, mais seulement lorsqu'on regarde du côté affecté.

Un autre point de pratique sur lequel l'auteur apporte le résultat de son expérience, est la destruction de l'œil qui suit les paralysies de la cinquième paire. Ch. Bell, et avec lui plusieurs autres physiologistes, attribuent l'ulcération de la cornée à ce que le besoin du clignement n'étant plus perçu, ce mouvement cesse, et les corps étrangers restent à la surface de l'œil, où ils produisent une irritation, point de départ des phénomènes ultérieurs. Mais si cette explication était fondée, la même chose ne devrait-elle pas arriver lorsque la conjonctive est mise à découvert par un ectropion ou par la paralysie de l'orbiculaire. Et cependant l'on sait qu'il n'en est pas ainsi, et que tout se borne dans ces cas à une légère inflammation catarrhale de la conjonctive? Il est donc plus rationnel de regarder la fonte de l'œil comme essentiellement due à la lésion de la cinquième paire, et l'auteur rappelle à ce sujet qu'il a vu cette ulcération de la cornée survenir à la suite de névralgie du trifacial, chez des sujets où il n'existait par conséquent aucune paralysie de ce nerf.

M. Van Roosbroeck (*Ann. de la Soc. des Sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1841) a eu recours avec succès à l'électricité dans un cas d'ophthalmo-

plégie partielle. Il s'est occupé, à ce propos, de l'emploi de l'électricité comme moyen curatif des paralysies des muscles oculomoteurs.

β.) *Strabisme.* — M. Baudens (*Leçons sur le strabisme*, etc., mars 1841) a inventé une nouvelle espèce de strabisme. « Il existe, dit ce chirurgien, une espèce de loucherie non décrite jusqu'à ce jour et que nous n'avons rencontrée qu'une seule fois sur un chiffre de plus de 800 opérés de déviation oculaire; nous l'appelons *strabisme fixe double divergent!!* On le reconnaît aux signes suivants : Les deux globes oculaires sont portés si fortement en dehors, que les deux tiers de la pupille se cachent sous l'angle orbitaire externe des paupières, sans qu'il soit possible de les ramener d'une seule ligne vers le centre de l'orbite, si ce n'est par des efforts physiques; les yeux fixes, immobiles, comme vitrés, donnent à la physionomie un aspect qui saisit d'effroi. » En définitive, cette déviation est tout bonnement un strabisme externe double, de la variété à laquelle M. Cunier a donné le nom d'*ankylosé*. Elle n'est pas excessivement rare.

La guérison du strabisme par la myotomie est venue renverser les théories reçues sur la nature et les causes de cette difformité.

M. Cunier a cherché, le premier (*Annales d'Oculistique*, III, septembre 1840. — *Sur la myotomie appliquée au traitement du strabisme, Paris*, 1840), à appliquer au strabisme la théorie de M. Guérin sur la déviation des membres par rétraction musculaire, qu'il divise en active et en passive ou consécutive.

M. Guérin a repris plus tard l'œuvre ébauchée par M. Cunier, qu'il n'a point cite; le 25 janvier

1841, il a lu à l'Académie des Sciences de Paris (1) un mémoire « ayant pour objet de démontrer qu'il « y a deux sortes de strabisme, d'une nature tout « à fait différente, dans lesquelles se résolvent « toutes les variétés connues et à connaître de « cette difformité : l'une qu'il appelle strabisme « *mécanique*, ou *musculaire primitif* (c'est le « strabisme musculaire actif de M. Cunier); l'autre « *optique* ou *musculaire consécutif* (c'est celui « que M. Cunier a appelé musculaire passif); que le « strabisme mécanique et le strabisme optique ont « des caractères parfaitement distincts; que l'un « est toujours susceptible de guérison, ou du moins « d'amélioration, par la section des muscles de l'œil; « que l'autre, au contraire, ne doit jamais être « opéré, parce qu'il est toujours réfractaire à l'opé- « ration. »

M. Guérin établit les propositions suivantes (*l. cit.*)

I.—*Tous les mouvements de l'œil se rapportent à deux ordres : aux mouvements mécaniques ou subordonnants, et aux mouvements obliques ou subordonnés.*

II. — *Il y a deux espèces de strabisme, qui correspondent aux deux espèces de mouvements de l'œil: le strabisme mécanique ou musculaire actif, et le strabisme optique ou musculaire passif.*

III. — *Le strabisme mécanique est le produit de la rétraction musculaire active, et les variétés de cette difformité, le produit des divers modes, des divers degrés de la rétraction diffé-*

---

(1) Voir Gaz. méd. de Paris, 29 janvier 1841, p. 209.

*remment distribuée et combinée dans les muscles de l'œil.*

M. Phillips, qui a contredit M. Guérin sur tous les points, pour le plaisir de le contredire, et sans trop s'embarrasser si les raisons qu'il apportait étaient, ou non, valables, s'est jeté en travers des propositions ci-dessus (1), de tout le poids de sa statuette-Dantan. Ainsi que l'a dit avec raison M. Fabre (*Dict. des dict. de méd.*, art. *Strabisme*, p. 287), « il eût été à désirer que M. Phillips et les chirurgiens qui partagent son avis, mettant de côté toutes questions de personnes, eussent donné un peu plus de développement à leur opinion. »

M. Baumgarten (v. *Ammon's Monatsschrift*, III, 1840, et *Das Schielen und dessen operative Behandlung*, Leipzig, 1841), rapporte à quatre ordres les causes du strabisme.

I.—*Maladies du bulbe*. 1) Maladies de la cornée. (Troubles, taches, staphylôme, ptérygion).—2) Maladies de l'iris. (Synéchies, colobome, ectopies de la pupille.) — 3) Maladies du système cristallin. Cataracte (particulièrement la cataracte centrale congénitale.) — 4) Maladies du corps vitré. (Changements qualitatifs et quantités dans la reproduction. — Hydrophthalmie. Synchise.) — 5) Maladies de la rétine. (Développement de la faculté de voir, sur un

---

(1) De la Ténotomie *sous-cutanée*, ou des opérations qui se pratiquent pour la guérison des pieds-bots, du torticolis, de la contracture de la main et des doigts, des fausses ankyloses angulaires du genou, du *strabisme*, de la *myopie* du bégaiement; par le docteur Ch. Phillips accompagné de douze planches. Paris, 1841. — Tel est le titre du livre où M. Phillips combat M. Guérin, p. 210-212.

seul côté de cette membrane, dans l'enfance. — Insertion anormale du nerf optique. — Amblyopies. — Amauroses.)

II. — *Maladies des muscles oculaires.* 1) Maladies organiques. *a*) Vices congénitaux des seuls muscles. *b*) Insertion anormale des extrémités musculaires. *c*) Atrophies. *d*) Hypertrophies. *e*) Dégénérescences graisseuses. *f*) Véritables raccourcissements. *g*) Dégénérescences fibreuses. 2) Maladies dynamiques. *a*) Inflammations (et particulièrement la myosite rhumatismale et scrofuleuse). *b*) Spasmes. *α*] Spasmes toniques et habituels. *β*] Spasmes cloniques. *c*) Affections paralytiques.

III. — *Maladies des nerfs du mouvement.* 1) Maladies organiques occasionnées, *a*) par des affections organiques du cerveau, *b*) par des maladies organiques des muscles qu'ils parcourent. 2) *Névroses.* *a*) Avec augmentation de l'irritabilité (crampes toniques et cloniques). *b*) Avec diminution de l'irritabilité (paralysies).

IV. — *Maladies de l'orbite.* 1) Arrêt de développement. 2) Tuméfaction. (Exostoses. — Nodi. — Tophi. — Anévrysmes, etc.)

Nous nous bornons à indiquer cette étiologie, sans suivre M. Baumgarten dans les développements où il est entré.

M. Cunier a examiné les causes du strabisme (l. cit.) sous les quatre groupes qu'en a faits M. Rognetta :

I. — *Inégalité congénitale et accidentelle dans la force des deux rétines.*

II. — *Inégalité et désharmonie dans la force des muscles de l'œil.*

III. — *Déviation mécanique de l'axe visuel.*

IV. — *Habitude vicieuse et imitation.*

M. Verhaeghe (*Mém. sur le strab.*, Bruges 1841), s'est occupé assez longuement des causes du strabisme. « Comme point de départ, dit-il, p. 6, j'ai traduit l'article *strabisme*, de M. Kessler, qui se trouve dans le grand ouvrage de chirurgie de Rust » M. Verhaeghe a ajouté, en forme d'annotations, ce que l'expérience lui a appris. Mais cette expérience a fort souvent conduit l'auteur aux mêmes réslutats que M. Cunier, qui a écrit plusieurs mois avant lui. M. Verhaeghe dit bien dans sa préface (p. 3), « que « son essai était prêt à être mis sous presse lorsque « les journaux ont annoncé le mémoire de M. Cu- « nier, intitulé : *Sur la myotomie appliquée au* « *traitement du strabisme.* » Or, ce mémoire n'est qu'un extrait à part des *Annales d'Oculistique*, des mois de juin, septembre et octobre 1840; M. Verhaeghe devait donc le connaître lorsqu'il a écrit son essai : aussi nous inscrivons-nous contre les raisons derrière lesquelles il se retranche, pour s'excuser de n'avoir ni cité M. Cunier, ni signalé les points de doctrine qu'il lui a empruntés. « M. Cunier, dit « M. Verhaeghe, a traité ce sujet avec sa sagacité « ordinaire, et en bon observateur. Ma première « idée fut de ne pas livrer ce faible essai au public, « ou bien de le modifier en mettant à profit les lu- « mières de mon savant confrère de Bruxelles, et « pour combattre quelques points sur lesquels nous « ne sommes pas d'accord ; mais sur l'observation « de quelques amis, je le donne tel qu'il est, afin « de laisser le public médical juger entre nous « deux. » M. Cunier témoigne ici toute sa gratitude à M. Verhaeghe pour les éloges qu'il veut bien lui adresser ; mais cela ne l'empêche pas de protester contre la conduite qu'il a tenue à son égard.

Un Monsieur E. B. écrit dans la *Revue des spé-*

*cialités* (septembre 1841, p. 365), que « c'est avec « étonnement qu'il a remarqué qu'aucun médecin « n'avait signalé les diverses formes d'ophthalmie « comme causes de strabisme. M. le docteur Duval, « ajoute-t-il, a interrogé un grand nombre de per- « sonnes affectées de cette lésion, et les deux tiers « ont fait remonter la cause de leur déviation ocu- « laire à des ophthalmies. Il a vu lui-même nombre « de fois le strabisme être la conséquence d'oph- « thalmies rhumatismales et scrofuleuses. » Puisque M. E. B. « *se propose de revenir sur cette question*, » nous lui conseillons d'ouvrir les *Annales d'Oculistique*, à la page 279 du volume III, ou bien le mémoire de M. Cunier *sur la myotomie appliquée au traitement du strabisme* (p. 67-69), selon que l'un ou l'autre de ces ouvrages sera à sa disposition, et il y verra que M. Cunier a émis, précisément une année avant M. Duval « *cette donnée aussi nouvelle qu'intéressante*, » et qu'il est entré, à ce sujet, dans d'assez longs détails, reproduits presque textuellement par M. Verhaeghe (l. cit., p. 25), qui n'a pas mentionné le nom de son confrère de Bruxelles.

M. Fleussu a rappelé et rassemblé dans sa *Revue des travaux d'anatomie et de physiologie oculaires, publiés pendant* les années 1840 et 1841, tout ce qui a été écrit sur l'anatomie et la physiologie des muscles de l'œil et leur intervention dans la production du strabisme (1).

Après avoir indiqué dans un mémoire inséré dans l'*Examinateur médical* (reproduit dans les

---

(1) Annales d'Oculistique, vol. VI, liv. 2, novembre 1841.

*Annales d'Oculistique* (V, p. 208 et p. 268) (les différentes fonctions auxquelles concourent les muscles obliques, M. Jules Guérin s'est occupé de rechercher jusqu'à quel point ces muscles interviennent dans la production et le maintien du strabisme, et d'indiquer les conséquences thérapeutiques qui en résultent. Pour arriver à donner une idée exacte du rôle que jouent, sous ces divers points de vue, les muscles obliques, il rappelle ce qui se passe dans les autres difformités par rétraction musculaire, et particulièrement dans les difformités du système osseux. Or, qu'arrive-t-il dans ces difformités? D'une part, il y a le plus souvent intervention de plusieurs ordres de muscles, produisant et entretenant tout à la fois la difformité, dont le mode et le degré d'influence se traduisent plus ou moins par certains caractères spécifiques. D'autre part, une fois la difformité produite, et par suite des dispositions anormales des parties, certains muscles dont les points d'insertion ont changé de rapports ou ont été rapprochés, acquièrent de nouvelles fonctions et subissent un retrait consécutif; de là deux circonstances nouvelles qui peuvent secondairement augmenter ou entretenir la difformité, à savoir, la contraction physiologique des muscles agissant dans des directions anormales, et le raccourcissement passif des cordes musculaires. Cette double part, primitive ou consécutive, que prennent les différents muscles du squelette à la production, à l'augmentation et à l'entretien des difformités articulaires, les muscles obliques peuvent la prendre également dans le strabisme. Cette distinction a une grande importance pratique, puisque, comme M. Guérin a eu souvent l'occasion de le montrer, des muscles consécutivement et passivement raccourcis

peuvent devenir, après la section de ceux qui constituaient les éléments primitifs de la difformité, des obstacles insurmontables au redressement des parties déviées.

Relativement au diagnostic de l'intervention active des obliques dans la production et le maintien du strabisme, on pourrait, selon M. Guérin, adopter, pour l'exprimer, la formule qui lui a déjà servi à exprimer l'intervention active du système musculaire dans les autres difformités, et dire qu'elle se traduit en grande partie par la représentation permanente des caractères qu'affecte temporairement l'organe dans les mouvements physiologiques desservis par ces muscles ; en d'autres termes, que le strabisme, en partie produit par l'action des obliques, est extérieurement constitué par la permanence des effets produits par leur contraction physiologique. Pour M. Guérin, cette action des obliques s'exerce tantôt seule, tantôt comme auxiliaire de l'action des muscles droits, et dans les mouvements qui en résultent, il est souvent difficile de saisir et de déterminer les caractères distinctifs de l'action de chacun d'eux. Il faut donc, selon lui, s'aider, pour la détermination des variétés de strabisme produites et entretenues par l'action propre ou par l'action auxiliaire des obliques, de plusieurs renseignements tirés, 1° des causes physiologiques de l'association d'action des obliques avec les autres muscles de l'œil; 2° des caractères physiologiques distinctifs de l'action propre ou auxiliaire des obliques; 3° des expériences thérapeutiques qui peuvent nous éclairer sur le degré d'intervention de ces muscles dans le strabisme.

Laissons parler M. Guérin, expliquant ces divers points :

« 1° *Causes physiologiques de l'association d'action des différents muscles de l'œil.* — Ces causes comprennent, d'une part, la distribution des filets nerveux qui se rendent à différents muscles droits conjointement avec les obliques ; d'autre part, la simultanéité des mouvements physiologiques auxquels concourent plusieurs muscles animés soit par des filets nerveux, soit par des filets de nerfs différents.

« Au premier point de vue, on sait que les mêmes filets qui animent plusieurs muscles droits, se rendent également à l'oblique inférieur. Ainsi, le moteur oculaire commun se distribue à la fois à ce muscle et aux droits interne, supérieur et inférieur. Ceci rend donc compte, jusqu'à un certain point, de l'association d'action du petit oblique et de ces trois derniers muscles, dans les mouvements physiologiques du globe oculaire. De plus, on peut présumer qu'une affection nerveuse atteignant le moteur commun dans les filets qui se rendent aux muscles droits, devra souvent l'atteindre également dans les filets qui se rendent à l'oblique inférieur, et par conséquent, que la rétraction des premiers de ces muscles, sous l'influence de cette affection nerveuse, devra souvent s'accompagner de la rétraction du dernier.

« Au second point de vue, l'association d'action physiologique ou pathologique, soit du petit oblique avec le droit externe, soit du grand oblique avec les quatre muscles droits, ne peut être déduite de la distribution des filets nerveux ; mais il est plus facile de s'en rendre compte par la simultanéité des mouvements physiologiques. En effet, tous les mouvements des muscles de l'œil, quoique desservis par des filets nerveux différents, probablement dans un

but différent, peuvent être néanmoins simultanés, car l'œil, pour voyager dans tous les sens, pour s'adapter à toutes les directions et à toutes les distances des objets, pour réaliser en un mot toutes les conditions nécessaires à l'exercice de la vision, met en jeu, successivement ou simultanément, la contraction de tous ses muscles. On est donc fondé à supposer que cette association peut exister également dans la rétraction pathologique. N'est-ce pas, en effet, ce qu'on observe dans certaines difformités des membres où l'on trouve souvent rétractés simultanément, non-seulement les muscles ordinairement associés dans les mouvements physiologiques, mais encore ceux qui desservent des mouvements en apparence opposés? Dans le pied bot, dans les déviations de genoux, on voit souvent la rétraction simultanée des fléchisseurs et des extenseurs. Ordinairement, à la vérité, l'association a lieu entre les muscles chargés de concourir aux mêmes mouvements, mais le contraire s'observe fréquemment, et par conséquent l'intervention simultanée, dans le strabisme, de muscles animés par des filets nerveux d'origine différente, est plus conforme que contraire aux lois de la physiologie. Toutefois, nous devons dire que l'intervention active et primitive de l'oblique supérieur nous a paru avoir lieu moins fréquemment que celle de l'oblique inférieur.

« Indépendamment de l'intervention primitive des muscles obliques dans le strabisme, il est encore facile de comprendre, par ce que nous avons dit précédemment de leur action auxiliaire, comment ils peuvent consécutivement concourir au maintien de la difformité. Supposez un strabisme produit par la rétraction active d'un muscle droit, dans un sens et à un degré tels que l'insertion oculaire des obli-

ques se déplace par rapport au plan transversal de l'œil, et que leurs deux extrémités se trouvent rapprochées, comme on le voit surtout dans le strabisme externe. Dans ce cas, les obliques, agissant d'une part dans le sens de la déviation oculaire, tendront sans cesse à l'augmenter; et d'autre part, par leur raccourcissement consécutif, contribueront au maintien de la difformité, et apporteront un obstacle de plus au redressement. Il en serait de même, sans doute, de l'oblique inférieur dans un cas de strabisme en haut, réalisé par le droit supérieur, de l'oblique supérieur dans un cas de strabisme en bas, réalisé par le droit inférieur, comme il en serait de même de tous les muscles de l'œil, droits ou obliques, les uns par rapport aux autres. Ceci n'est qu'une application particulière d'une loi générale que nous avons formulée pour toutes les difformités.

«Ainsi donc, par les considérations qui précèdent, on comprend comment les deux muscles obliques peuvent concourir activement à la réalisation et à l'entretien de certaines formes du strabisme; comment l'intervention active du grand oblique est moins fréquente que celle du petit oblique; et enfin, comment l'intervention de ces deux muscles peut avoir lieu secondairement par le changement de leurs rapports de direction, et par le retrait passif et consécutif de leurs fibres.

« 2° *Caractères physiologiques distinctifs de l'action des muscles des obliques.* — Disons-le tout de suite, nous ne sommes pas en mesure de déterminer tous les cas de strabisme où la déviation du globe oculaire peut être la représentation fidèle et complète de l'action exclusive des muscles obliques, isolément ou simultanément rétractés. Il serait même le plus souvent difficile, si ces cas se présentaient à

l'observation, de les reconnaître à des caractères spécifiques, et de les distinguer de ceux qui seraient produits par la combinaison d'action de plusieurs muscles droits entre eux ou avec les obliques; car cette combinaison peut toujours produire, jusqu'à un certain point, quelques-unes de formes de la déviation qui résulterait de l'action isolée ou simultanée de ces derniers. Cependant il est une circonstance qui pourrait, dans quelques cas, caractériser l'action des obliques, c'est la fixité du globe oculaire.

«Dans le cas de rétraction isolée, mais considérable de l'un de ces muscles, l'œil serait maintenu fixe dans une position représentative de l'action physiologique du muscle rétracté, et seulement dans cette position. Ainsi l'œil serait porté et maintenu fixe en bas et en dehors, par la rétraction de l'oblique supérieur; en haut et en dehors par la rétraction de l'oblique inférieur. En même temps, les mouvements d'élévation, dans le premier cas, et d'abaissement dans le second, seraient conservés dans une assez grande étendue, ce qui attesterait l'intégrité des muscles droits supérieur et inférieur. Nous pensons, du reste, que ces caractères ne seraient bien appréciables que dans des cas de strabisme très-prononcés, et, nous le répétons, jusqu'ici nous n'avons pas encore rencontré de strabisme en bas et en dehors ayant les caractères de fixité que nous venons d'indiquer.

« Dans les cas de rétraction simultanée des deux obliques, il arrive quelquefois que le globe oculaire est maintenu dans une grande fixité, alors même que la déviation n'est pas très-considérable, et que les mouvements d'élévation et d'abaissement sont en partie conservés. C'est là un caractère qui peut être d'un grand secours dans le diagnostic étiologique.

Mais il ne se rencontre guère que dans le strabisme divergent, parcequ'un faible degré de déviation dans ce sens peut être produit par une légère rétraction des obliques, tandis que l'intervention de ces muscles dans le strabisme convergent ne peut avoir lieu qu'à la condition d'une forte déviation dans ce sens, préalablement produite par l'action du droit interne.

« En outre, il n'est pas impossible, dans certains cas de rétraction combinée des muscles obliques et des muscles droits, de dépouiller, au moyen du traitement chirurgical, la difformité des caractères de communauté appartenant à l'ensemble des éléments étiologiques, et de mettre en saillie les caractères spécifiques dépendant spécialement de la seule rétraction des muscles obliques. Nous rappellerons ici les cas signalés précédemment, dans lesquels les droits interne et externe ayant été préalablement divisés pour des strabismes convergent ou divergent, nous avons vu la section de l'oblique inférieur amener la déviation de cet œil en bas et en dedans, suivant que l'œil était primitivement dévié en dedans et en dehors, ou en bas et en dehors, par l'action de l'oblique supérieur, et la section du grand oblique amener la déviation en haut et en dedans ou en haut et en dehors, par l'action de l'oblique inférieur.

« On comprend que la rétraction active des deux obliques ou d'un seul ayant pour effet de maintenir l'œil fixe ou à peu près fixe dans une position déterminée autre que la position normale, il en résulte un rapprochement permanent des points d'insertion des muscles droits correspondants au sens de la déviation. De là un nouvel obstacle consécutif engendré par l'action primitive des obliques, qui peut per-

sister après la section de ces derniers. Ainsi, la déviation directe en dehors, la déviation en haut et en dehors ou en bas et en dehors, peuvent avoir pour résultat de raccoucir consécutivement les droits externe, supérieur et inférieur, comme si ces muscles avaient pris une part directe au développement de la difformité.

« Quoi qu'il en soit, nous nous en tiendrons, dans les considérations qui vont suivre, aux strabismes dans lesquels l'intervention des obliques existe combinée avec celle des muscles droits. Or, les caractères qui peuvent accuser cette intervention sont relatifs à la direction du globe oculaire, à ses mouvements, à sa forme, à l'état de la vision.

« A. *Caractères relatifs à la direction du globe oculaire.* — Les caractères relatifs à la direction du globe oculaire dans le strabisme produit par la rétraction des muscles obliques, combinée avec celle des muscles droits, ne sont et ne peuvent être que la représentation permanente des caractères que nous avons vus appartenir à leur contraction physiologique, modifiés par ceux de l'action des muscles droits.

« Considérons la combinaison d'action des muscles obliques successivement avec l'action des droits ininterne ou externe, et avec l'action des droits supérieur et inférieur.

« *a.* Sous le premier point de vue, la déviation de l'œil a lieu, suivant que les obliques sont rétractés ensemble ou séparément, ou bien en ligne directe, ou bien dans un sens *oblique* ou *intermédiaire*.

«Quand la rétraction simultanée des deux muscles obliques se joint à celle de l'un des muscles droits interne ou externe, l'intervention des premiers a un double résultat. D'une part, ils contribuent à

augmenter la déviation soit en dedans, soit en dehors; c'est dans ces cas surtout qu'une partie de la cornée se cache derrière l'une des commissures palpébrales; d'autre part l'œil est maintenu fixe dans sa position vicieuse. Cette circonstance est constante et plus caractéristique que la précédente, parce que dans les strabismes en dedans ou en dehors, exclusivement produits par la rétraction des droits interne ou externe, l'œil, quel que soit le degré de sa déviation, peut, dans le plus grand nombre des cas, être ramené en sens opposé, jusqu'à un point voisin du redressement, ou le plus souvent même au delà de ce point.

« D'un autre côté, la fixité du globe oculaire peut être distinguée de la fixité apparente qu'on observe dans certains strabismes, uniquement produits par l'action d'un muscle droit, et dans lequel le muscle antagoniste est atteint d'un certain degré de paralysie, soit primitive, soit consécutive à sa distension prolongée, paralysie qui ne lui permet plus d'effectuer le redressement de l'œil. En effet, dans le cas où l'action des obliques est la cause véritable de la fixité, on peut, en exagérant la déviation et en provoquant un redressement brusque en sens opposé, ramener l'œil un peu au délà du point qu'il occupait; mais il est brusquement arrêté à ce point, en même temps qu'il est le siége de mouvements oscillatoires qui attestent bien que la cause de cet empêchement réside dans les obliques. Lorsque, au contraire, l'obstacle au redressement provient d'un défaut d'action du muscle droit, il n'y a, quelque effort qu'on fasse, aucun redressement au delà des limites habituelles de la déviation, ni balancement caractéristique de l'action des obliques. Il n'existe qu'une circonstance où, dans les cas de strabisme

fixe ou à peu près fixe par paralysie incomplète du muscle droit, le redressement partiel de l'œil puisse être opéré : c'est lorsque la paralysie n'est encore qu'à l'état de contracture paralytique, et alors le mouvement est saccadé, suivant une direction horizontale et non pas circulairement.

«Ainsi donc, sous le point de vue de la direction du globe oculaire, les caractères spécifiques de l'intervention des deux obliques sont l'existence d'une déviation plus considérable et la fixité de la déviation.

«Quand la rétraction de l'un des obliques seulement se combine avec celle d'un des droits interne ou externe, les directions imprimées au globe oculaire représentent celles que nous avons vues précédémment résulter des combinaisons correspondantes de leur contraction physiologique. Avec la rétraction combinée de l'oblique supérieur et du droit interne, ou de l'oblique supérieur et du droit externe, l'œil devrait être dirigé obliquement en bas et en dedans, ou en bas et en dehors ; mais ces deux variétés de strabisme ne se sont pas encore présentées à notre observation. Avec la rétraction de l'oblique inférieur et du droit interne, ou de l'oblique inférieur et du droit externe, l'œil est dirigé en haut et en dedans, ou en haut et en dehors. J'ai rencontré plusieurs fois ces variétés, et j'ai été à même de constater expérimentalement le rapport d'action de l'élément étiologique avec le caractère de direction qui lui appartient.

« *b*. Quant à la rétraction combinée dú droit inférieur et de l'oblique supérieur, du droit supérieur et de l'oblique inférieur, elle devrait porter l'œil, dans le premier cas, en bas et en dedans ; dans le second cas, en haut et en dedans. Mais nous avons déjà dit

que nous n'avons pu encore établir ces variétés que par induction.

« Il est probable aussi que la rétraction du droit supérieur et de l'oblique supérieur porterait l'œil en haut et en dehors ; que celle du droit inférieur et de l'oblique inférieur porterait l'œil en bas et en dehors. C'est à l'expérience à confirmer ou à infirmer ces prévisions. Mais on peut voir quelles cômbinaisons de formes, quelles complications de résultats peuvent naître de l'association d'action des muscles obliques et des muscles droits, et quelle nouvelle prespective la découverte de cette association peut ouvrir à l'histoire étiologique et thérapeutique du strabisme.

« B. *Caractères relatifs aux mouvements du globe oculaire*. Ces caractères doivent être et sont en effet plus significatifs que les précédents ; car, ainsi que nous l'avons vu, les mouvements du globe oculaire spécialement produits par l'action des obliques présentent, indépendamment du sens dans lequel ils agissent, un caractère particulier qui ne peut appartenir à aucun des autres muscles. Ce caractère consiste dans un mouvement de rotation de l'œil autour de son axe antéro-postérieur. Or, on peut constater ce mouvement dans tous les strabismes où l'intervention des obliques joue un rôle plus ou moins considérable.

« Quand la rétraction existe simultanément dans les deux obliques et dans l'un des deux droits interne ou externe, et que l'œil, ainsi que nous l'avons dit, est fortement porté dans la convergence ou dans la divergence directes, cet œil, comme nous l'avons vu, est maintenu bridé dans cette position, et peut à peine se déplacer en sens opposé de la déviation. Si alors on commande au sujet de faire des efforts

pour vaincre la résistance qui s'oppose au déplacement, on voit le globe oculaire exécuter de petits mouvements de rotation qui accusent l'action des obliques.

« Un fait analogue s'observe dans la déviation en haut et en dedans, produite par la rétraction combinée de l'oblique inférieur et du droit interne, et dans la déviation en haut et en dehors, produite par la rétraction de l'oblique inférieur et du droit externe. Dans les deux cas, le mouvement direct d'abduction est difficile et peu étendu, et l'action des obliques pendant les efforts du redressement est rendue manifeste par les mouvements de rotation du globe oculaire propre au petit oblique, c'est-à-dire de haut en bas et de dehors en dedans.

«C. *Caractères relatifs à la forme du globe oculaire.* Quel que soit le sens de la déviation, l'œil est généralement plus saillant et le rayon de courbure de la cornée plus petit que dans les strabismes par rétraction exclusive des muscles droits ; mais c'est surtout dans le strabisme divergent, ou dans le strabisme oblique en dehors et en haut, que cette saillie de l'œil en avant et ce bombement de la cornée sont le plus prononcés.

«D. *Caractères relatifs aux altérations de la vision.* Presque toujours quand la rétraction de l'un des deux obliques seulement se joint à celle d'un ou de plusieurs muscles droits, on observe des modifications variables de la vision, accusant une dépression partielle du globe oculaire, et des inclinaisons des plans des divers milieux de l'œil, et particulièrement du cristallin. C'est alors que les objets paraissent plus ou moins inclinés ou déformés, comme nous l'avons déjà dit. Quand la rétraction a lieu simultanément dans les deux muscles obliques,

conjointement avec les muscles droits, l'œil étant plus raccourci, suivant son diamètre antéro-postérieur, et le cristallin se trouvant rapproché de la cornée, la portée de la vue subit quelquefois une grande modification. C'est à cette cause que nous avons attribué certains cas de myopie, compliqués ou non de strabismes, appartenant à un ordre plus général de myopies que nous avons appelées *mécaniques*, et que nous avons déjà traitées avec succès par la myotomie oculaire. Toutefois les caractères fournis par les altérations de la vision sont souvent moins appréciables que les précédents, parce qu'ils disparaissent, pour ainsi dire, dans l'affaiblissement des facultés visuelles, dont les yeux strabiques sont presque toujours atteints, par suite de l'inaction prolongée à laquelle ils ont été condamnés, aussi bien que par les déformations du globe oculaire.

«En résumé, les caractères tirés de la direction du globe de l'œil, de ses mouvements, de sa forme, des altérations de la vision, quoique souvent insuffisants, si on les considère isolément, pour accuser l'action spéciale de chacun des éléments musculaires de la difformité, peuvent cependant, par leur réunion, fournir des données assez nombreuses et assez précises pour faire reconnaître les strabismes en partie produits par l'intervention des obliques, et les différencier de ceux qui reconnaissent pour cause la rétraction exclusive des muscles droits.

«3° *Lumières tirées des expériences thérapeutiques*. Les développements dans lesquels nous sommes entrés à ce sujet dans la première partie de cette conférence nous dispensent d'y insister longuement. Contentons-nous de rappeler que dans certains cas de strabismes très-prononcés et fixes en dedans ou en dehors, la difformité qui avait per-

sisté après la section des droits interne et externe, et après une large dissection du fascia, a disparu après la section des obliques; que dans d'autres, où le strabisme avait lieu en haut et en dedans, ou en haut et en dehors, le redressement complet n'a été obtenu que par la section de l'oblique inférieur, jointe à celle du droit interne ou du droit externe. Dans tous ces cas, le résultat positif ou négatif d'une première section devient lui-même un caractère significatif des éléments étiologiques de la difformité.

«La rétraction exclusive du droit externe au troisième degré produit sur les obliques un effet analogue à celui qu'exercent les obliques sur les droits, c'est-à-dire qu'à la longue les points d'insertion des obliques étant maintenus rapprochés, ces muscles se raccourcissent passivement de la somme de ce rapprochement. De là un nouvel obstacle non moins important au redressement de la difformité. Il pourrait encore résulter de la rétraction des droits supérieur ou inférieur quelques conséquences analogues sur chacun des deux obliques, dues au rapprochement des points d'insertion de ces deux muscles. Mais ces effets doivent être beaucoup moins sensibles.

«Pour arriver plus sûrement à déterminer les variétés produites par la rétraction combinée des muscles obliques et des muscles droits, et à les distinguer des variétés qui dépendent exclusivement de la rétraction de ces derniers, il sera toujours bon de rapprocher et de comparer ces caractères spécifiques, positifs et négatifs, des unes et des autres. Or, les caractères que nous avons déjà indiqués, chemin faisant, peuvent se réduire à trois principaux, à savoir, *le degré de fixité de la déviation, la présence ou l'absence des mouvements de rotation; le degré de saillie du globe oculaire.*

«*Degré de la fixité de la déviation*. Généralement la déviation est beaucoup plus fixe dans le strabisme par rétraction combinée des muscles obliques et des muscles droits, que dans les strabismes produits par une rétraction de ces derniers.

«Ainsi, le strabisme direct en dedans ou en dehors par rétraction des deux obliques et du droit interne ou du droit externe, se distingue de celui qui dépend uniquement de la rétraction de l'un de ces derniers muscles, en ce que, dans le premier cas, le déplacement de l'œil, dans le sens opposé à la déviation, est à peu près nul, et les mouvements d'élévation et d'abaissement sont plus ou moins bornés par l'action antagoniste des deux obliques, et accompagnés de mouvements rotatoires; tandis que dans le second cas, le mouvement en sens opposé de la déviation et les mouvements d'élévation et d'abaissement conservent encore une assez grande étendue. Le strabisme en haut et en dedans par rétraction combinée de l'oblique inférieur et du droit interne se distingue de celui qui résulte de la rétraction simultanée des muscles droit interne et droit supérieur, en ce que, dans le dernier cas, le mouvement d'abaissement et le mouvement d'abduction sont plus étendus que dans le premier. Les mêmes considérations s'appliquent au strabisme par rétraction combinée de l'oblique inférieur et du droit externe, relativement à celui qui résulte de la rétraction du droit supérieur et du droit externe. Quant aux strabismes en bas et en dedans ou en bas et en dehors, s'ils se présentaient à l'observation, on comprend maintenant à l'aide de quels caractères on pourrait arriver à la détermination de leurs éléments étiologiques.

«Toutes ces différences s'expliquent facilement par

les différences de direction des muscles entre eux, ou par rapport au globe oculaire.

« Les muscles droits n'agissent pas en sens inverse aux extrémités opposées d'un même diamètre ; ils ne peuvent donc pas se faire obstacle directement et réciproquement.

«Ils sont, au contraire, dirigés presque parallèlement à l'axe antéro-postérieur de l'œil. Dans l'état de rectitude de cet organe, ils s'enroulent donc à peine autour de lui. Dans les mouvements d'adduction, d'élévation ou d'abaissement, l'enroulement du muscle rétracté, opposé au sens du mouvement, tendrait à devenir plus considérable ; mais ce muscle, s'appliquant alors contre une surface dépressible et qu'il déprime, se dirige en ligne droite entre ses deux points d'insertion, et permet à l'œil de se redresser de toute la quantité qui fait la différence entre la droite décrite par le muscle tendu, et la courbe de l'enroulement à laquelle elle est substituée. D'où il résulte que dans tous les strabismes produits par la seule rétraction d'un muscle droit au premier ou au second degré, l'œil peut toujours, à moins d'une rétraction spéciale des enveloppes fibreuses, se porter en face de l'objet regardé et par conséquent se redresser jusqu'au niveau ou même au delà de la ligne médiane. Il n'en peut pas être absolument de même dans les cas de rétraction des muscles obliques, dont la direction est, dans un assez grand nombre de variétés de strabisme, opposée aux efforts de redressement presque diamétralement, ou au moins sous un angle beaucoup plus ouvert que celui qui est formé par les muscles droits et l'axe antéro-postérieur de l'œil.

«Quant aux moyens de diagnostic différentiel tirés des mouvements de rotation du globe oculaire et de

son degré de saillie, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous en avons dit précédemment. Nous rappellerons seulement que dans les strabismes produits par la rétraction combinée des muscles obliques et des muscles droits, les mouvements de rotation pendant les efforts de redressement sont toujours plus ou moins prononcés, et spécialement caractéristiques de celui de ces deux muscles qui est rétracté, et qu'on observe ordinairement une saillie du globe de l'œil avec bombement de la cornée transparente, tandis que dans les strabismes produits par la rétraction des muscles droits, les mouvements alternatifs de rotation n'existent pas et le globe oculaire est généralement aplati dans le sens d'action du muscle ou des muscles rétractés, et bombés du côté opposé.

«De tout ce qui précède, et en se basant sur l'ensemble des caractères tirés de la direction de l'œil, de ses mouvements, de sa forme et des altérations de la vision, il est facile de déduire toutes les indications du traitement chirurgical, dans les différentes combinaisons d'action des muscles obliques et des muscles droits. Ce sont des nouveaux éléments actifs de la difformité qui réclament une part spéciale et proportionnelle dans le traitement. A ce point de vue, il faut faire pour les muscles obliques ce que nous faisons pour les muscles droits, ce que nous faisons dans toutes les difformités qui ont leur point de départ dans la rétraction musculaire ; c'est-à-dire qu'il faut en faire la section, en ayant soin d'adapter ce moyen aux différents modes, aux différents degrés, aux différentes distributions de la rétraction. Nous n'avons à nous occuper ici que des indications relatives à cette dernière circonstance étiologique. Or, en résumant ce que nous avons dit

à ce sujet, nous croyons pouvoir établir, comme proposition définitive, qu'il faudrait diviser :

« 1° Dans le strabisme convergent et fixe au troisième degré, les deux obliques conjointement avec le droit interne, soit que la rétraction soit primitive ou consécutive ;

« 2° Dans le strabisme divergent également fixe et au même degré, les deux obliques et le droit externe ;

« 3° Dans le strabisme en haut et en dedans, l'oblique inférieur et le droit interne;

« 4° Dans le strabisme en haut et en dehors, l'oblique inférieur et le droit externe;

« 5° Dans le strabisme en bas et en dedans, l'oblique supérieur et le droit interne ;

« 6° Dans le strabisme en bas et en dehors, l'oblique supérieur et le droit externe.

« Le tout, d'après les caractères distinctifs de chacune de ces variétés étiologiques, et sans préjudice des indications fournies par les autres éléments de la déviation oculaire, et surtout par la rétraction du fascia. »

7) *Amaurose.* — Trois traités sur l'amaurose ont vu le jour pendant l'année qui vient de s'écouler, l'un en Allemagne, l'autre en Angleterre, le troisième en France.

*Die Lehre vom schwarzen Staar* (IV — 217, in-8°), tel est le titre de la monographie publiée à Berlin par M. Fr. von Walther ; cette production sera prochainement analysée et commentée par nous.

M. E. O. Hocken a fait paraître à Londres un ouvrage intitulé : *A Treatise on Amaurosis and Amaurotic affections*. C'est une compilation assez

bien entendue (1) de ce que possède la littérature médicale anglaise sur l'amaurose et les affections amaurotiques; nous engageons l'auteur à faire connaissance avec ce qui a été publié dans ces dernières années en Allemagne, en France et en Belgique : cela lui servira beaucoup pour une seconde édition de son œuvre.

En France, on vient de mettre en vente chez J. B. Baillière, un livre intitulé : *Traité pratique de l'amaurose ou goutte-sereine, avec des recherches nouvelles sur les méthodes spéciales de traitement qui conviennent à ses différentes espèces*. L'auteur, M. J. E. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ayant négligé de nous faire tenir un exemplaire de son ouvrage, force nous est, pour le faire connaître à nos lecteurs, d'emprunter l'analyse suivante à la *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 1, 1842 :

« Après avoir publié dans différents recueils (*Gazette médicale de Paris*, *Annales d'Oculistique*, *Bulletin de thérapeutique*), des mémoires qui ont plus ou moins directement trait à l'amaurose, M. Pétrequin a rassemblé tous ces matériaux, les a coordonnés, augmentés, et en a fait une monographie dont le but principal paraît être de prouver que le pronostic de l'amaurose n'est pas aussi fâcheux que l'ont dit les auteurs, mais que pour réussir dans le traitement de cette maladie, il fallait surtout avoir égard à sa nature, aussi bien qu'à son siége dans la rétine, le nerf optique ou le cerveau, comme l'a fait un auteur récent.

---

(1) L'exposition anatomique donnée par M. Hocken, du système nerveux oculaire, laisse fort peu à désirer.

« M. Pétrequin commence par des considérations spéciales sur les amauroses, dont il reconnaît six espèces principales, qui sont : l'amaurose asthénique nerveuse, vermineuse, traumatique, congestive, torpide et organique. Suivant nous, il serait difficile d'établir une différence entre l'amaurose asthénique nerveuse et la torpide; aussi ne la trouvons-nous ni dans les observations rapportées par l'auteur, ni dans les remarques nosologiques dont il les fait suivre.

« A la première de ces espèces, M. Pétrequin rattache l'amaurose due à l'action de la foudre, variété rare et dont il rapporte deux observations.

« Des considérations générales sur l'amaurose forment la seconde partie du *Traité*. C'est ici surtout que l'auteur discute les principes de classification des amauroses et qu'il fait voir que le siége de la maladie est le plus souvent difficile à découvrir, et que d'ailleurs sa connaissance a peu d'influence sur la thérapeutique, tandis que sous ce dernier rapport il est de la plus haute importance qu'on connaisse la nature de l'affection, soit nerveuse, soit congestive ou autre. Nous sommes complétement de l'avis de M. Prétrequin quand il dit *qu'une cause radicale d'insuccès réside dans la doctrine qui a regné sur la nature de l'amaurose, qu'on regardait comme une simple paralysie, et qu'on traitait en conséquence; et qu'une source nouvelle de succès est de démontrer qu'il doit y avoir autant de méthodes thérapeutiques qu'il y a d'espèces morbides; que hors de là, il n'y a qu'empirisme et péril.* Tous les bons auteurs modernes soutiennent cette doctrine. Mais, avouons-le, la théorie n'est pas toujours facile à appliquer aux faits : nous trouvons malheureusement un assez grand nombre d'amaurotiques, chez lesquels nous ne parvenons

pas à déterminer positivement la nature du mal; ce sont les cas les plus fâcheux, car alors le traitement est purement empirique. Cette obscurité du diagnostic provient quelquefois de ce que plusieurs éléments se combinent dans la maladie, que par exemple la paralysie de la rétine se complique d'une congestion sanguine, d'une subinflammation de la rétine, etc. M. Pétrequin insiste avec raison sur la nécessité de combattre ces différents éléments et de dégager la goutte-sereine de ses complications.

« Plus loin l'auteur signale comme importante en pratique, la transformation des amauroses; cette transformation est relative au siége ou à la nature de la maladie. A la première se rapporte la différence d'extension que prend la maladie dans sa forme croissante ou décroissante. Mais sous le rapport thérapeutique, c'est surtout le changement de la nature de l'amaurose qui mérite de fixer l'attention. En effet, il n'y a rien de plus ordinaire que de voir une amaurose d'abord congestive finir par devenir asthénique. Il n'est pas rare non plus d'observer une amblyopie avec irritabilité nerveuse prédominante se transformer en irritative sanguine et même en sub-inflammation de la rétine.

« Un autre point sur lequel M. Pétrequin attire l'attention des médecins, c'est la myopie qui accompagne si souvent le commencement de l'amaurose. En même temps que la perception visuelle devient moins nette, le champ de la vision se raccourcit. Les malades cherchent à y remédier par des lunettes; celles-ci ne pouvant procurer qu'une amélioration incomplète de la vue, on passe à des numéros de plus en plus forts, et on finit de cette manière par aggraver le mal.

« Le travail de M. Pétrequin se termine par quelques

réflexions sur la récidive des amauroses, laquelle ne s'observerait pas aussi fréquemment si les malades voulaient suivre les préceptes de l'hygiène et éviter l'influence des causes qui d'abord ont occasionné le mal et nécessairement peuvent le produire de nouveau. Une de ces causes c'est l'application forcée de la vue ; les amaurotiques guéris doivent pendant très-longtemps ne pas fatiguer leurs yeux, ce qui ne veut pas dire qu'ils doivent les soustraire à la lumière.

« Jusqu'à présent je n'ai point indiqué le traitement recommandé par M. Pétrequin ; c'est qu'effectivement ce traitement se compose de moyens depuis longtemps en usage. Ce sont, suivant les cas, les antiphlogistiques, les dérivatifs sur le canal intestinal, les révulsifs, les mercuriaux, la belladone, la noix vomique. Cette dernière substance est employée par notre auteur sous forme de teinture en frictions sur le front et les tempes, et sous forme de strychnine. Celle-ci est appliquée à la dose d'un à deux centigrammes et plus, mêlée à cinq à dix centigrammes de poudre de noix vomique, sur une partie du front dénudée au moyen de la pommade ammoniacale.

« Si l'on ne trouve pas dans l'ouvrage que nous analysons des médicaments nouveaux, on y voit par contre, dans quarante et une observations, comment un médecin judicieux doit adapter les remèdes à chaque cas en particulier.

« On reprochera peut-être à M. Pétrequin d'avoir laissé bien des lacunes dans son ouvrage et de n'avoir cité pour ainsi dire que des cas heureux. Cette critique serait fondée si l'auteur avait voulu faire une monographie complète ; mais, nous l'avons déjà dit, M. Pétrequin paraît avoir eu pour but de prouver que le pronostic de

l'amaurose n'était pas aussi fâcheux que les auteurs l'admettaient généralement, que par conséquent on ne devait pas trop tôt considérer comme incurables les malheureux affectés de goutte-sereine ; que pour traiter avec succès cette maladie, il fallait approprier le traitement à chaque cas individuel, ce qu'oublient trop souvent les médecins qui n'ont pas fait des maladies oculaires une étude spéciale. Ce but, M. Pétrequin nous parait l'avoir atteint en joignant l'exemple au précepte. »

Nous rappellerons ici que les *Recherches* de M. Pétrequin *sur quelques paralysies de l'œil et de ses annexes*, insérées dans les *Annales d'Oculistique* (vol. I, 1e et 2e livraisons), forment le point de départ des publications de ce chirurgien insérées dans la *Gazette Médicale de Paris* et le *Bulletin général de thérapeutique*, sur l'emploi de la strychnine dans le traitement de l'amaurose. M. Cunier a résumé (*Ann. d'Oc.*, I, p. 285) les divers articles publiés par M. Pétrequin dans les deux journaux qui viennent d'être cités. Notre savant confrère de Lyon a rigoureusement démontré (*Ibid.* l. cit.) que les diverses paralysies de l'œil et de ses annexes sont loin d'être identiques, et il a insisté sur le parti que pouvait en tirer la thérapeutique ; toutes n'étant pas les mêmes, le même traitement ne doit pas être appliqué à toutes. Bien qu'au fond l'amaurose soit toujours une paralysie plus ou moins complète de la vue, il est excessivement rare qu'elle se présente dans cet état de simplicité : tantôt, c'est une hypersthénie qui s'y mêle, tantôt il y a sub-inflammation chronique de la rétine, tantôt c'est une asthénie qui survit à une congestion oculaire apoplectique, ou une névrose discrasique de la rétine qui entraîne l'amaurose torpide. Ce

sont là autant de variétés tranchées, autant d'indications spéciales dont M. Pétrequin a donné des exemples.

C'est donc à dégager la goutte sereine de ses complications qu'il faut s'attacher, c'est à la réduire à l'état de simplicité en décomposant et attaquant à mesure les divers éléments qui s'y combinent; c'est là une distinction fondamentale qu'il ne faut jamais perdre de vue.

Pour ce qui est des moyens de traitement employés par M. Petrequin, on a vu, par l'analyse transcrite ci-dessus, ce qu'ils sont.

M. Le Calvé a inséré dans le *Journal de la Société de médecine-pratique de Montpellier* (décembre 1841), un mémoire sur l'amblyopie amaurotique congestive. « Lorsque l'amaurose est complète, dit l'auteur, presque toujours elle est incurable; car pour notre compte, depuis bientôt dix ans que nous nous occupons spécialement des maladies des yeux, nous n'avons constaté que quelques cas rares de guérison, et encore dans des conditions exceptionnelles. (Pourquoi M. Le Calvé ne dit-il pas quelles étaient ces conditions?..) Il n'en est pas de même lorsque l'on prend cette maladie à son début. L'amblyopie amaurotique est presque toujours guérissable; ici la médecine est toute puissante, car, avec une attention soutenue de la part du médecin, de la bonne volonté et de la patience de la part du malade, on arrive, dans la plupart des cas, à un heureux résultat. »

Trois observations sont rapportées par M. Le Calvé, à l'appui de ce qu'il avance; elles ne sont pas assez intéressantes pour être consignées ici. L'oculiste de Montpellier fait la base de son traitement, des saigneés générales, locales, déplétives, puis révulsi-

ves, et des purgatifs salins. Il nous apprend dans ses *Réflexions*, qu'il a une grande confiance dans les mercuriaux comme antiphlogistiques; que « l'extrait de belladone en frictions sur le front agit sur la rétine, de manière à rendre cette membrane insensible à l'impression des rayons lumineux. » Tout cela est su et apprécié; ce qui ne l'est pas, c'est le danger des révulsifs placés près de l'organe de la vision, dans les amblyopies congestives ; on ne peut y avoir recours , ainsi que le fait observer avec raison M. Le Calvé, que lorque la congestion est détruite. L'obsevation suivante qu'il rapporte, est destinée à en donner la démonstration :

Obs. — « Marie Azéma, de Combaillau, âgée de 8 ans, d'un tempérament lymphatique, est devenue aveugle dans l'espace de quelques mois. Des vésicatoires ont été appliqués à la nuque, derrière les oreilles et sur le front. Nous les faisons supprimer ; nous insistons sur les antiphlogistiques, et dans quelques mois nous obtenons une amélioration très-notable. Les parents, conseillés par leur médecin ordinaire, et croyant que l'amélioration serait plus prómptement obtenue par l'application d'un séton à la nuque, nous tourmentèrent pendant plusieurs mois pour en venir à cette application; nous nous y opposâmes constamment. Fatigués de notre persistance, les parents allèrent consulter un de nos confrères, qui envoya prendre les eaux de Balaruc et plaça un séton à la nuque. Quelques mois après, Marie Azéma était complétement aveugle. »

M. Le Calvé dit avoir « rapporté cette observation pour montrer combien peut être funeste l'application d'un séton à la nuque, lorsque cette appli-

cation est intempestive. » Le lecteur ne trouvera pas plus que nous, dans la narration que nous avons textuellement transcrite, des raisons valables pour attribuer au séton la perte de la vue chez Marie Azéma.

Le fait suivant sert de texte à un mémoire publié par M. Sichel (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 1840, p. 69. *Encyclog.*, 4ᵉ s., vol. V, p.), sur l'amaurose asthénique compliquée d'irritation locale, de congestion, d'inflammation ou de sub-inflammation des membranes oculaires internes.

Obs. — Un jeune homme de 25 ans, extraordinairement affaibli, vint, le 24 février 1840, consulter M. Sichel pour une amaurose; l'œil gauche était faible depuis l'enfance et le droit s'affaiblissait depuis six semaines. Il ne pouvait plus, le 24 février, lire de petits caractères. Le jeune homme attribuait sa grande faiblesse à des excès vénériens. Il était sujet à des épistaxis fréquentes et très-abondantes qui ajoutaient encore à sa faiblesse. Les deux pupilles étaient mobiles dans une petite étendue, et l'impression d'une lumière vive était gênante. Frictions mercurielles belladonées sur les paupières. La photophobie était moindre le quatrième jour de l'emploi de ces frictions ; elles furent remplacées par un liniment ammoniacal. (Nous omettons de parler du traitement général, qui était tonique.)

Le 15 mars, la faiblesse générale du malade avait considérablement augmenté, et le 16 il mourut.

A l'autopsie, faite le 18 mars au matin, on ne trouva rien de bien remarquable dans les cavités splanchniques; les poumons n'offraient point de traces de tubercules.

*Examen des yeux, œil droit.* L'organe est partagé

en deux moitiés; à part la rétine, les membranes sont saines. La rétine est largement parcourue par des ramifications de l'artère centrale. Le grand pli de la rétine offre deux taches d'un rouge vif, et une teinte générale rosée dans le reste de son étendue. Au centre de la membrane, on voit dix-neuf tubercules rouges, ovalaires, d'un demi-millimètre de diamètre: ils sont rangés en anneau autour du point central. Séparés les uns des autres, ils permettent de voir, dans leurs insterstices, la rétine, avec sa couleur normale. Ils sont manifestement dus (expression de l'auteur) à l'inflammation chronique de la menbrane et à un épanchement fibro-albumineux sous son tissu.

L'œil gauche offre, à un moindre degré, les mêmes altérations. M. Sichel ne dit pas si, par tubercules, il entend de la matière tuberculeuse, ou seulement une petite saillie. Remarquons toutefois que les poumons n'offraient point de tubercules.

De ce fait, M. Sichel tire la conclusion que les amauroses « en apparence les plus asthéniques peuvent être produites ou bien accompagnées par une irritation locale, une inflammation de la rétine; s'il a observé quelques symptômes d'irritation rétinienne, leur disposition devait le conduire à admettre qu'une asthénie, ou au moins un état organique non accompagné d'irritation, leur avait succédé, et malgré cela l'autopsie a montré une rétinite ancienne. »

M. Heyfelder a donné dans les *Medicinische Annalen* (Bd. IV, II) l'histoire d'une hydropisie générale avec cécité, suite de chlorose. La perte de la vision cessa deux fois à la suite de la paracenthèse. La mort étant survenue, l'autopsie eut lieu. Si nous nous en rapportons au compte-rendu de la *Gazette*

*médicale de Paris* (vol. VII, p. 475), les yeux ne furent pas examinés.

Cette observation était connue depuis quelque temps en France, lorsque M. Blaud consigna dans le cahier de novembre 1839 de la *Revue médicale*, une observation d'amaurose chlorotique, qui a été reproduite dans le tome II, p. 178 des *Annales d'Oculistique*. M. Cunier a signalé, à cette occasion (l. cit. et *Bulletin gén. de Thérapeutique*, 1840), « quelques faits beaucoup moins concluants que « celui de M. Blaud, mais qui ne laissent pas que « d'avoir une assez grande valeur pratique. Deux ob- « servations bien détaillées mettent en relief l'excel- « lence de sa méthode. — Après avoir montré la « gravité de l'amaurose dépendant de la complica- « tion cérébrale d'une affection chlorotique, M. Cu- « nier termine ainsi : « Bien qu'il soit rare de voir « la complication encéphalique acquérir les caractè- « res de lésion organique, il ne faut pourtant pas « se faire illusion ; ce qui n'est d'abord, dit-il, « qu'un dérangement fonctionnel, peut très-bien, « à la longue, devenir organique. » Nous croyons « volontiers à l'efficacité des diverses pilules et po- « tions antichlorotiques tant vantées ; mais nous « pensons cependant avec l'auteur qu'elles ne sont « pas toujours suffisantes dans les cas de compli- « cation encéphalique avec amaurose. Les ven- « touses, les vésicatoires à la nuque, des sangsues « à la tête, l'aloès à l'intérieur, en même temps « que de bonnes précautions hygiéniques, et enfin « très-souvent, la strychnine lorsque l'amaurose est « ramenée à l'état de simplicité, constituent les « moyens dont M Cunier a retiré de très-grands « avantages. Ce médecin, pour panser les vésica- « toires qu'il prescrit dans le traitement de l'amau-

« rose, se sert d'une huile strychninée ( 24 gr. par « once d'une huile essentielle quelconque, soit un « gr. pour 20 gouttes). 12 ou 15 gouttes appliquées « sur les surfaces dénudées ont presque toujours « suffi. » (*Journ. des Conn. médico-chirurg.*, juin 1840.)

M. Blaud rapporte la production de l'amaurose chlorotique au seul effet de l'altération du sang (loc. cit.) qui n'excite plus convenablement l'appareil de la vision.

M. Sichel a traité, après les deux médecins qui viennent d'être cités, de l'amaurose chlorotique; son mémoire (*Journal des Conn. Médico-chirurg.*, février 1841) ne se prêtant pas à l'analyse, et étant trop étendu pour être reproduit ici, nous nous contenterons de le mentionner et d'y renvoyer nos lecteurs. Pour lui, le cas cité par Blaud et le deuxième cas cité par M. Cunier, étaient compliqués d'irritation, et passés à l'état asthénique ou organique. « Bien que « j'aie déjà, dit-il, signalé cette complication irri« tative en 1837, aucun auteur n'en a parlé depuis. « M. Cunier, sans la signaler expressément, semble « cependant l'admettre; car dans plusieurs cas d'a« maurose chlorotique qu'il cite, il joint à son trai« tement excessivement rationnel de la chlorose, « les émissions sanguines mesurées et les révulsifs « rubéfiants. » Une lecture attentive du mémoire de M. Cunier, prouve que ce médecin partage de tous points l'avis de M. Sichel, et qu'il a regardé comme lui la paralysie de la vue dont il parle (obs. II, p. 182) comme de nature *organique*, après n'avoir été que fonctionnelle.

Les remarques sur l'amblyopie acquise et sur l'amblyopie congénitale, consignées par M. Szokalski dans son *mémoire sur les sensations des*

*couleurs*, *dans l'état physiologique et pathologique de l'œil* (*Ann. d'Ocul.*, III, pp. 115 et 194), seront consultées avec fruit.

Le docteur Fronmuller (*v. Ammons Monatsschrift*, III, 310) dit avoir observé une paralysie partielle de la rétine survenue chez un homme qui avait regardé à l'œil nu l'éclipse de soleil du 15 mais 1836. L'œil droit dont il s'était servi était seul affecté. Le malade avait totalement perdu la vue pour les objets qui n'étaient pas placés vers la tempe droite.

Une amaurose hystérique a été observée par M. le docteur Van Onsenoort (*Nederlandsch Lancet*, nov. 1840), qui en a triomphé par un traitement aussi sage que rationnel, dirigé contre l'affection sous l'influence de laquelle était survenue la perte de la vue.

M. Hunter (*Edinburgh Journal*, juillet 1841) dit avoir vu une amaurose survenue à la suite d'une névralgie de la cinquième paire, céder immédiatement après l'extraction d'une grosse molaire supérieure, qui était le siége de douleurs continuelles, qui s'exaspéraient fréquemment et rappelaient l'ancienne névralgie. Il est à regretter que M. Hunter ait été fort avare de détails.

Nous lisons dans un journal autrichien (*OEsterr. Med. Jahrb.* XIX) que M. Maunoir a guéri une amaurose par l'emploi du piment annuel. Voici l'analyse que donne ce journal, du fait consigné dans la *Bibliothèque universelle de Genève*.

Obs. — Un jeune Anglais, âgé de onze ans, avait été opéré d'une cataracte congénitale des deux yeux. Le chirurgien, M. le professeur Maunoir, avait pratiqué la discission, et le succès avait été complet. Depuis lors, le malade avait étudié la pharmacie et à l'âge de 18 ans il

avait pris service en Portugal, où, à la suite de refroidissements et des fatigues de la guerre, il avait contracté une amaurose des deux yeux. Après avoir subi un long traitement infructueux en Angleterre, il se rendit de nouveau à Genève, où M. Maunoir eut recours sans succès aux exutoires, aux vomitifs, à l'arnica, à la pulsatille, à l électricité, au galvanisme, etc. Enfin il prescrivit une infusion de piment annuel (Capsicum annuum) de 3 à 30 g$^r$ progressivement sur une once d'eau. Quelques gouttes de cette infusion furent instillées matin et soir entre les paupières. L'œil droit demeura amaurotique ; mais la vue revint du côté gauche, à tel point que le malade put de nouveau lire et écrire, et fut en état d'embrasser une carrière scientifique.

M. Maunoir rapporte encore (loco cit.) le fait suivant, que nous reproduisons aussi d'après le journal de Vienne :

Obs. — Une fille de 18 ans était complétement amaurotique; les pupilles étaient énormément dilatées; cet état était, selon toute probabilité, dû à ce que la malade avait habité et couché pendant longtemps dans une chambre nouvellement construite et humide. Les émétiques, les purgatifs, les vésicatoires étant demeurés sans effet, M. Maunoir prescrivit : extrait d'arnica ʒij, sulfate de strychnine g$^r$ xij, sirop simple q. s. f. 144 pilules, à prendre matin et soir en commençant par une et en augmentant la dose jusqu'à cinq. Cette dernière quantité donna toujours lieu à des spasmes analogues à des secousses électriques dans l'épine dorsale, les extrémités ainsi qu'à un embarras gastrique ; ce qui força à diminuer la dose. L'état de la vue s'améliora progressivement;

après deux mois, les pupilles étaient normales, et la malade pouvait lire et écrire.

Le docteur Smids, officier de santé de 2ᵉ classe au Helder, rapporte (*Nederlansch Lancet*, mai 1841) un cas de guérison d'amblyopie amaurotique avec blépharoplégie de l'œil gauche et d'amaurose avec blépharoplégie de l'œil droit. D'après l'historique que donne l'auteur, il nous paraît avoir eu affaire à une paralysie rhumatismale incomplète de la 3ᵉ paire, qui a cédé aux pilules de noix vomique de Magendie, qu'il a données après avoir mis en usage des moyens anti-rhumatiques (*middelen welke eene antirheumatische werking uitoefenen.*)

Nous citerons les travaux suivants consignés dans les *Annales d'Oculistique :* 1) Une observation d'amaurose avec les détails de l'autopsie, par M. Linoli (vol. I, p. 422.) 2) Une guérison obtenue par la pulsatille, par M. Koehler (*Ibid.* p. 292.) 3) M. Jagielski a triomphé d'une amaurose épileptique, en pratiquant la cautérisation syncipitale, au moyen de la potasse caustique. (*Ibid.*) 4) M. Kilgour a donné l'histoire d'une amaurose due à l'atrophie du nerf optique (III, p. 182.) 5) M. Cunier a triomphé d'une amaurose vermineuse par l'administration de l'émétique à haute dose (IV, p. 252.) 6) Une nouvelle méthode de traitement de l'amaurose saturnine a été consignée dans les *Médico-chirurgical Transactions* (III, p. 87) par M. Alderson. Ce médecin a fait appliquer sur les yeux de deux de ses malades, un bandage qu'ils portaient jour et nuit, de manière à supprimer toute action de la lumière sur la rétine, et dans les deux cas la guérison eut lieu. 7) Un cas

remarquable de cette variété a été rapporté par M. Weiss (II, p. 232).

Nous passons sous silence une multitude de faits d'amauroses guéries par des moyens connus et qui, pour la plupart, ne sont intéressants que par l'étonnement que la guérison obtenue a produit sur les médecins traitants.

*ď Diplopie.* — M. Szokalski a défendu devant la Faculté de médecine de Paris, une thèse sur la diplopie monoculaire (1); M. Fallot en a parlé avec beaucoup d'éloges (*Ann. d'Oculist.*, II). M. Fallot a signalé en même temps la possibilité de polyopie, produite sous l'influence des causes qui, selon M. Szokalski, donnent naissance à la diplopie monoculaire (2). M. Cunier a cité (v. son journal, III, sept. 1840), un fait venant à l'appui de l'assertion de M. Fallot. M. Van Roosbroeck a raconté à la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles (*Ann.* de cette Société, 1840), l'histoire d'une douairière qui, regardant une « *bougie allumée*, » voyait dix-sept flammes au lieu d'une!

---

(1) De la diplopie uni-oculaire, ou double vision d'un seul œil. Paris, 1839. 2e éd. 1840, in-4° de 26 pages.

(2) « En reconnaissant avec l'auteur, dit M. Fallot, que la diplopie résulte de la formation de deux foyers distincts dans la rétine, ne suis-je pas fondé à dire que toute cause capable d'altérer la forme ou la densité de l'une ou de l'autre des pièces qui concourent à la réfraction des rayons lumineux, n'est pas seulement capable de produire la diplopie, mais une polyopie dont l'étendue sera mesurée par le plus ou moins grand nombre d'inégalités de condensation que présentera le milieu réfringent ainsi altéré. » (*Ann. d'Oc*, II, p. 236.) M. Chelius (vol. II, art. *Hydrophthalmie*, et passim) professe la même opinion que M. Fallot.

M. Cunier a montré (*Ann. d'Oc.*, III), que certains cas de diplopie étaient guérissables par la myotomie.

ε) *Héméralopie.*—La relation suivante a été extraite par le *Journal de Médecine et de chirurgie pratiques* (1841), de *l'American Journal of the medical Sciences :*

« Dans l'hiver de 1834, une troupe nombreuse fut concentrée dans le fort Meitchell. Cette position est extrêmement favorable pour la santé ; les maladies d'origine miasmatique y sont inconnues ; mais les logements n'étant pas suffisants pour recevoir tous les soldats, un certain nombre d'entre eux durent coucher au bivouac.

« Le 3 février, trois hommes du 2e régiment d'artillerie se présentèrent à l'hôpital : ils se plaignaient d'avoir perdu depuis plusieurs nuits une partie de la vue. Cette faiblesse dans la vision commençait au déclin du jour, et, la nuit venue, ils étaient complétement aveugles. La santé générale était bonne; seulement ces hommes se plaignaient d'une tension inaccoutumée dans les tempes. La pupille était fort dilatée, bien que mobile. En les examinant pendant la nuit, au moment où la cécité chez eux était complète, on remarqua que les pupilles étaient plus dilatées et plus fixes, et l'introduction d'une chandelle allumée dans leur chambre n'en déterminait pas le resserrement.

« Le 15 du même mois, les traitements généraux et locaux n'avaient produit aucune amélioration. Le docteur Wharton, qui leur donnait des soins, pensa alors que la cécité était l'effet de la débilité de la rétine, trop vivement excitée par la lumière qui s'échappait des grands feux allumés dans le camp et des glaçons dont les arbres environnants

étaient chargés. Il crut, en conséquence, qu'en laissant la rétine dans un repos complet, on lui rendrait le ton qui lui manquait. Les malades furent à cet effet renfermés dans leur chambre dans une obscurité complète. A huit heures du soir, leurs yeux étant examinés, on reconnut que la vision était moins imparfaite. Les pupilles se contractaient un peu. Le même moyen fut continué jusqu'au soir suivant. A cette époque, la vue était entièrement rétablie. Le 18, ces militaires furent rendus à leur service.

« Un soldat du 1er régiment d'artillerie entra à l'hôpital le 5 mai 1833. Quelques semaines auparavant, il avait passé un temps fort long à pêcher. Il annonçait que, depuis trois ou quatre nuits, sa vue était très-imparfaite, et, la nuit précédente, il avait été complétement aveugle. Il éprouvait quelques douleurs dans les tempes. Les pupilles, très-dilatées, l'étaient beaucoup plus le soir. On n'employa aucune médication; mais il fut placé pendant vingt-quatre heures dans une chambre où il régnait une obscurité complète. Au bout de ce temps, les pupilles avaient recouvré leur sensibilité; la vision était parfaite : il retourna à son régiment.

« Un autre soldat, dont l'héméralopie semblait tenir à la même cause, fut traité de la même manière et guérit aussi rapidement.

« Parmi les malades du 4e d'infanterie en garnison au fort Gibson qui furent traités par le docteur Wharton, il y en eut six qui étaient atteints d'héméralopie. Chez l'un d'eux, la maladie durait depuis trois mois; chez les autres, depuis au moins deux semaines. Ces hommes avaient fait un pénible service dans les montagnes de la Caroline du Nord, et, pendant de longues marches, leurs yeux avaient

été péniblement affectés par la réflexion de la lumière sur la neige. A l'exception d'un seul malade qui était atteint du scorbut, tous les autres jouissaient de la meilleure santé. Les pupilles étaient semblables à celles que l'on avait examinées chez les sujets précédents. On ne fit aucun traitement ; seulement on renferma les malades pendant trente-six heures dans une obscurité complète. Au bout de ce temps, la vision était parfaitement rétablie chez six d'entre eux. Chez celui qui avait une affection scorbutique, il fallut vingt-quatre heures de plus pour compléter la cure. »

Les *Annales d'Oculistique* (II, p. 197) et *l'Encyclographie* (1839, *Gaz. méd.*) ont reproduit une note de M. Fleury sur l'héméralopie épidémique. M. Fréchier a aussi eu l'occasion d'observer cette affection sous la forme épidémique. « C'est environ depuis le mois de mars 1841, dit-il (*Bull. gén. de Thérap.*), que cette bizarre et inexplicable maladie s'est déclarée dans la commune de Maussane. Bien que les femmes enceintes en aient été affectées peut-être de préférence, elle n'a pourtant épargné aucun sexe, aucun âge, ni aucun tempérament. Elle s'est montrée, cela va sans dire, à des degrés divers. Ainsi, chez les uns, il y a seulement eu affaiblissement de la vue après le coucher du soleil ; chez d'autres, il y a eu cécité complète à l'arrivée de la nuit, bien que la vision fût parfaite pendant le jour ; chez quelques-uns la fonction visuelle s'exécutait mal, même en plein midi, quoiqu'elle ne s'abolit pas entièrement lorsque la nuit était venue. La durée de cette maladie ne fut que de sept à huit jours, que l'on ait employé ou non des moyens pour la combattre ; les parties constituantes de l'œil ne paraissaient nullement altérées, et cependant on ne

peut la regarder comme une complication d'une autre affection, puisque, les cas de grossesse concomitante exceptés, elle existait absolument isolée; elle était donc essentielle. Il est évident qu'elle était produite par une cause générale, une influence atmosphérique, un *quid divinum ;* mais cette cause, quelle a-t-elle été ? comment a-t-elle agi ? Je me borne à dire que la cause la plus probable me paraît se trouver dans l'humidité dont l'air était imprégné par suite des inondations qui nous ont atteints, et encore cette cause ne serait-elle réelle, incontestable, qu'autant que cette affection aurait existé aussi dans les autres pays inondés, au moins les circonvoisins. »

La curieuse observation d'une héméralopie héréditaire depuis deux siècles dans une famille de la commune de Vendémian, près Montpellier, consignée par M. Cunier dans les *Annales de la Société de médecine de Gand* (1838), a été pour M. Szokalski le sujet de savants commentaires. (*Ann. d'Oculistique,* III.)

ζ) *Nyctalopie.*—Un médecin suédois, le docteur O. Marin, donne dans le *Haeser's Repertorium* (1841, Bd. III, hft 1), l'histoire d'une nyctalopie qui a régné parmi les soldats d'un régiment de pionniers, employés à des travaux dans les environs de Carlsburg.—Il nous a été impossible de comprendre le langage de l'auteur, qui dit n'avoir pu reconnaître les causes qui ont donné naissance à cette épidémie, qui a épargné les personnes étrangères au corps de pionniers, et celles de ce corps qui vivaient régulièrement.

η) *Achromatopsie.*— Une achromatopsie héréditaire dans une famille, depuis cinq générations, a été observée par M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, I, p. 417 et

488). M. Szokalski, qui est entré dans de savantes considérations, tant sur l'achromatopsie, que sur la chromatopseudopsie, (Ibid. III, p. 79 et seq.), fait remarquer que l'observation de M. Cunier est dans une contradiction flagrante avec toutes celles qui ont été recueillies jusqu'à ce jour; l'imperfection visuelle s'est propagée par les femmes, et elles seules en ont été atteintes; aucun homme, sur 13 personnes, n'en a été frappé.

*θ*) *Myopie.*—M. Bourjot St-Hilaire indique le moyen suivant pour reconnaître la myopie simulée (*L'Esculape*) : Nous avons pris une boîte parallélipède de deux pieds de long sur un pied de hauteur. — L'intérieur est noirci comme une chambre obscure, et la lumière est projetée à l'intérieur par une fente étroite ouverte dans la paroi supérieure et tombant sur un miroir porté sur un angle de 45°; elle arrive par réflexion sur une feuille d'imprimerie collée sur un carton porté sur une sorte de petit chariot très-mobile, et marchant en avant et en arrière à l'aide d'une alide mue par l'examinateur sans que l'examiné le sache.

De sorte que le carton peut être, à l'insçu de l'examiné, porté que de 1 à 18 pouces d'une ouverture binocle percée dans un des fonds de la boîte; qu'arrivera-t-il? L'examiné croyant la page éloignée lorsqu'elle est proche, ou proche quand elle sera éloignée, ne pourra accommoder artificiellement, si l'on peut dire ainsi, sa vue à courte ou longue distance; il accusera pouvoir lire à 12, 15 ou 18 pouces, lorsqu'il se prétendra myope, pensant que l'objet n'est écarté que de 2 à 4 pouces. S'il est myope, et véritablement myope, en faisant avancer ou reculer le porte-objet, on rencontrera le foyer exact de sa vision, parce que sur la course de l'a-

liade il y une règle de rapport, et l'on pourra savoir si sa myopie est de tel ou tel gré, ce que du reste on ne peut connaître que très-imparfaitement avec des verres, des individus pouvant *ad libitum* se servir du n° 12 au n° 5. — Ici l'incertitude où se trouvera le conscrit examiné sera certainement un moyen infaillible d'arriver à la vérité, et déjouera des fraudes basées sur un exercice forcé qui fait acquérir pour un temps, et à volonté, à l'œil, tous les vices de réfringence qui ici utulisés pour s'exempter du service militaire, constituent la myopie.

Dans la séance du 6 avril 1840, de la Société des Sciences de Gœttingue, M. le professeur Berthold a donné lecture d'un mémoire sur la cure de la myopie (voyez *V. Ammon's Monatsschritf*, vol. III, *Archives*, 1840). En voici le résumé succinct :

La myopie, dans les différents degrés de son développement, est sans contredit une des plus fréquentes anomalies de la vision, devenue plus fréquente encore sous l'influence de nos habitudes et de nos mœurs. Nous savons, d'une part, qu'elle doit son existence à ce que le foyer des rayons incidents se forme avant d'atteindre la rétine, et que les causes immédiates de cette position anomale du foyer sont : 1° une trop grande étendue du diamètre antéro-postérieur de l'œil, soit par accès de convexité de la cornée ou du cristallin, soit par l'hypertrophie de ce dernier, soit encore par excès de l'humeur acqueuse ou de celle de Morgagni; 2° une densité excessive des milieux réfringents de l'œil, et par conséquent la réfraction trop considérable des rayons incidents. Cet excès de densité peut avoir lieu dans la cornée, dans le cristallin, dans l'humeur aqueuse ou dans tous ces milieux à la

fois. 3° Les deux cas précédents peuvent avoir lieu à la fois, et peuvent être accompagnés d'une pupille trop grande.

D'autre part, il est hors de doute que l'œil possède la faculté de se conformer aux différentes distances, quoique les physiologistes ne soient pas encore parvenus à démontrer en quoi consiste cette modification. Certains états pathologiques de l'œil, tels que la myopie et la presbytie périodique et spasmodique, seraient inexplicables sans cette hypothèse ; d'où il suit que dans le traitement de ces affections, il faut chercher à faire triompher la faculté que possède l'œil de se conformer aux différentes distances, de l'état physique de l'appareil optique, et le succès n'est pas si difficile qu'il le semble de prime abord, si cette faculté *accommodative* ne manque pas absolument, comme cela arrive chez quelques individus dont les yeux ressemblent à des chambres obscures, et ne peuvent percevoir les objets qu'à une distance absolument fixée. Cette *accommodation* de l'œil consistant nécessairement dans une modification, action soumise à notre volonté, on peut la développer par l'exercice, pourvu que celui-ci soit prolongé et gradué.

Dans ce but, M. le professeur Berthold emploie une machine qu'il a appelée MYOPODIORTHOTICON (!!!) (*myops*, myope ; *diorthoticon*, correcteur.) Cet appareil, destiné à faire lire et écrire à des distances déterminées, est construit de la manière suivante :

Sur une table est placé un pupitre mobile d'avant en arrière ; aux deux angles de la table, du côté où se place la personne soumise au traitement, s'élèvent deux montants verticaux, munis chacun

voir, présentait une dépression d'où sortait un peu de sang. Il n'y avait aucune trace de corps étranger, et la malade affirmait d'ailleurs que le clou avait été retrouvé sur le tapis.

Malgré le traitement antiphlogistique le plus actif et combiné avec une révulsion énergique sur le tube intestinal, l'inflammation et la douleur allèrent en augmentant pendant environ quinze jours, et il se forma même une escarre au centre de la cornée. Déterminé par la persistance des accidents à agir, M. O'Beirne fit à la cornée une ponction qui donna issue à une quantité considérable de matière purulente. Cette évacuation soulagea beaucoup la malade. Mais le chirurgien avait senti, pendant l'opération, l'extrémité de son instrument heurter contre un corps dur. Dès lors, il conçut des soupçons sur la véracité de la malade, et effectivement, le jour suivant, il reconnut. à l'aide d'une sonde, la présence d'un corps métallique dans l'intérieur du globe oculaire. L'extraction en fut faite avec quelque difficulté, et l'on put constater que c'était un clou de trois quarts de pouce de longueur et avec une tête large et aplatie. Ce qu'il y a de singulier, c'est que la partie de ce clou qui se présentait en avant et qui sortit par conséquent la première, était la pointe. L'amélioration fut considérable et instantanée; toute inflammation disparut bientôt, et la malade put sortir, l'œil de ce côté demeurant, à la vérité, impropre à la vision.

Ce fait peut être rapproché de ceux rapportés par MM. Cunier et Stiévenart (*Ann. d'Ocul.*, vol. I, p. 435), dans lesquels des fragments de capsules fulminantes avaient pénétré dans l'intérieur du globe de l'œil; M. Laurent (*Ibid.*) a rapporté l'observation d'une capsule fulminante entière extraite

de l'œil par M. Cunier au 3e mois de l'accident. M. O'Beirne, pour montrer combien la force avec laquelle le corps étranger a été lancé contre le globe, rappelle la position qu'occupait le clou dans l'œil, sa pointe regardant en avant, et conclut, ce qui ne doit pas laisser de doute, qu'il avait pénétré par la tête, un des bords minces et tranchants de celle-ci ayant déchiré la cornée. Dans le fait cité par M. Laurent, la capsule fulminante, placée au bout d'une baguette, et approchée d'une chandelle, avait été projetée à travers la cornée, le *cul* en avant, c'est-à-dire, sa seule partie ronde (elle était fendue en deux parties égales, suivant sa hauteur, jusqu'à sa base ou *cul*). — Le mode de projection du clou peut aussi expliquer ce qui a eu lieu chez la malade de M. O'Beirne; l'action de secouer un tapis se rapproche beaucoup de celle de faire claquer un fouet; ce genre de mouvement est susceptible d'imprimer la plus grande rapidité au corps qu'il projette : tous les corps introduits entre les paupières doivent être mus d'une force de projection extrêmement grande, celles-ci ayant un mouvement d'occlusion excessivement prompt et succédant avec la rapidité de l'éclair à la sensation qui nous en fait connaître la nécessité.

II. *Plaies de l'œil.* Le docteur van Onsenoort rapporte le fait suivant (*Nederlandsch Lancet*, novembre 1841).

**Obs. — Un jeune homme de 19 ans avait reçu dans le segment interne de la cornée de l'œil gauche, un peu en dessous de l'axe transverse, un coup de pointe de ciseaux, qui, selon toute probabilité, avait touché le cristallin. Une violente hémorrhagie était survenue ; l'inflammation très-vive avait été combattue par des applications de sangsues**

et des fomentations d'eau froide. Le malade alla trouver M. van Onsenoort le quatorzième jour de l'accident; l'inflammation était alors très-forte; il existait à l'endroit de la blessure une petite élévation (eene kleine verhevenheid onder het bindvlies) sous la conjonctive, comme si un abcès allait se former. M. v. O. mit de nouveau en usage les antiphlogistiques, mais sans résultat satisfaisant. La tumeur devint de plus en plus élevée, puis plus plate, plus ronde et plus ou moins blanche, et son bord interne vint soulever la conjonctive de la sclérotique. La pupille était contractée, sans être anguleuse, et la vue était perdue depuis le cinquième jour après la blessure. M. v. O. crut alors que la cristalloïde avait été ouverte par l'action de l'instrument qui avait occasionné la blessure, et que le cristallin s'était frayé un chemin à travers les bords de la plaie cornéale et était resté incomplétement expulsé; il incisa la tumeur, qui contenait effectivement le cristallin; des applications d'eau froide eurent lieu, et quelques jours plus tard, il n'existait plus aucun symptôme d'inflammation; la vue demeura perdue. — Dans le fond de l'œil on remarque aujourd'hui une nuance grisâtre qui, selon M. v. O., a l'apparence de la paroi postérieure de la capsule du cristallin, qui est troublée et forme une cataracte secondaire. La pupille, ajoute-t-il, se dilate régulièrement sous l'influence de l'instillation de la solution de belladone.

M. van Onsenoort avait déjà consigné un fait semblable dans le premier volume de son journal (voyez *Ann. d'Oculist.*, II, p. 138).

M. Francke a donné (*Pfaff's Mettheilungen*, 1841, n[os] 1 et 2) l'histoire d'une femme qui eut un accident identiquement le même que celui du malade de M. van Onsenoort.

## §. IV. Matière médicale ophthalmique.

A) *Emploi de la Belladone dans les maladies des yeux.* — M. Tonnellé, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours, a communiqué au *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* (décembre 1840) un grand travail inédit sur l'oblitération de la pupille, dans lequel il rapporte un grand nombre d'expériences fort curieuses entreprises par lui sur l'action des diverses préparations de belladone dans les maladies des yeux. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

Le suc de la racine fraîche, de la plante elle-même, des baies; les extraits aqueux, alcoolique, éthéré; l'eau distillée de belladone, ont été tour à tour expérimentés sur une large échelle.

Les sucs des différentes parties de la plante fraîche sont bien supportés par les yeux et dilatent passablement la pupille dans l'état sain; mais dans les cas de maladie, dans tous les cas particulièrement où la pupille tend à s'oblitérer, ou est déjà même en partie oblitérée, l'effet de ces préparations n'est plus suffisant.

Les extraits alcoolique et éthéré jouissent au plus haut degré de la propriété de dilater la pupille; mais appliqués sur la conjonctive, ils y déterminent presque constamment un certain degré de rougeur et d'inflammation qui ne permet pas de les employer autrement qu'en frictions sur le front et les tempes, moyen insuffisant. L'extrait aqueux, au contraire, peut être employé impunément en applications sur la conjonctive, aussi longtemps que l'on veut, sans aucune espèce d'inconvénient; tout au plus produit-il dans certains cas et de prime abord une lé-

gère injection qui se dissipe très-promptement d'elle-même.

Pendant longtemps M. Tonnellé s'est servi de cet extrait en solution dans une infusion de feuilles de belladone, filtrée avec soin ; mais il a reconnu depuis que la meilleure préparation est la dissolution de l'extrait aqueux dans l'eau distillée de belladone ; elle n'irrite nullement l'œil, et agit efficacement pour tempérer l'inflammation (1). L'extrait aqueux peut dès-lors être employé en applications directes sur la conjonctive aussi longtemps qu'il est nécessaire.

M. Tonnellé a reconnu que le meilleur mode d'emploi de cette solution consiste à répéter les applications de deux heures en deux heures, et à tenir dans le grand angle un bourdonnet de charpie imbibé de la solution, que l'on renouvelle assez fréquemment.

C'est principalement dans les affections de l'iris qui tendent à oblitérer la pupille et à la suite de l'opération de la cataracte, que la belladone, appliquée de cette façon, a produit les effets les plus remarquables.

Dans l'iritis *membraneuse*, M. Tonnellé a vu les adhérences étendues sous forme de rayons du bord de la pupille au centre du cristallin, s'allonger peu à peu sous l'influence du remède, et à des degrés qui ont varié selon leur consistance, leur ancienneté. La petite circonférence de l'iris devient inégale, an-

---

(1) Extrait 1 partie, eau 2 parties. Plus chargée, la solution devient épaisse et est difficilement absorbée ; plus étendue, elle perd de son activité.

guleuse ; il s'y forme de petites courbes centrales, comme autant de petites pupilles partielles. — Les extrémités de ces courbes, retenues par les adhérences membraneuses, offrent alors, et quelquefois pendant un temps très-long, des saillies anguleuses qui s'amincissent peu à peu et disparaissent progressivement, tantôt par suite d'une sorte d'usure, tantôt par un véritable décollement. — M. Tonnellé en a vu fréquemment les débris flotter au centre de la pupille, jusqu'à ce que l'absorption les eût complètement détruits. Il affirme avoir vu quelquefois, dans ces cas, les points d'insertion de ces membranes à la capsule du cristallin, présentant déjà un commencement notable d'opacité, reprendre peu à peu leur transparence, et la vue se rétablir complétement.

Dans d'autres cas plus graves, où la pupille était déjà presque complétement oblitérée par des produits membraneux, M. Tonnellé dit avoir rétabli peu à peu cette ouverture, et avec elle la vision. Tantôt il se fait alors une petite dilatation partielle de la pupille dans un point de la petite circonférence de l'iris, d'où résulte une sorte de pupille annexe, qui s'agrandit progressivement ; tantôt la toile membraneuse paraît s'amincir peu à peu vers son centre ; elle s'use, puis se déchire, ou bien se dissipe et se fond, en quelque sorte graduellement, comme un nuage.

« C'est le plus souvent de cette façon, continue M. Tonnellé, que les choses se passent pour les fausses membranes qui surviennent à la suite des opérations de cataracte, et c'est aussi dans ces cas que l'on obtient les succès les plus complets. » Conduit par l'observation à reconnaître que la cataracte secondaire n'est toujours que le résultat de l'iritis

membraneuse (!!??) et le produit même des fausses membranes propres à ce genre d'affection, il a appliqué la belladone suivant la méthode indiquée plus haut, au traitement de cette maladie, et presque toujours avec un succès complet, si le remède était employé dès le quatrième jour. M. Tonnellé fait alors ouvrir les yeux à un demi-jour; si le malade voit, il est inutile d'insister; mais s'il ne voit pas nettement, surtout après l'extraction, et qu'il n'existe pas d'inflammation, il y a pour lui presque certitude qu'il existe une cataracte secondaire, et il s'en assure. M. Tonnellé est parvenu à détruire les membranes au huitième, quelquefois au douzième jour. Il arrive qu'elles ne se détachent que d'un côté; la belladone étant continuée, l'absorption détruit peu à peu ce qui reste, et on les voit se réduire à un petit liseré qui borde toute la partie du bord pupillaire.

Lorsque les préparations de belladone ne réussissent pas à détruire les membranes, elles ont encore l'immense avantage de s'opposer à l'oblitération de la pupille.

Ce qui frappe avec raison, c'est que M. Tonnellé n'ait jamais songé à combiner l'usage des antiplastiques avec celui de la belladone; sa pratique, qui se distingue de celles de tous les oculistes par la négligence de l'emploi de ces précieux moyens, — lui eût bien certainement fourni des résultats beaucoup plus brillants que ceux dont il se loue déjà si fort.

Lorsque la pupille est oblitérée par de fausses membranes, M. Tonnellé use simultanément de la belladone et de l'aiguille. — Dans les cas où il reste quelques rayons membraneux, il introduit une aiguille étroite, légèrement courbe sur son plat, tranchante sur les deux côtés, dans la chambre anté-

rieure, par la cornée, en dirige la pointe entre l'iris et le cristallin, et coupe rapidement les adhérences. M. Tonnellé est quelquefois revenu deux à trois fois à cette petite opération, « qui est sans douleur pour le malade, et toujours sans inconvénient » *si elle est faite convenablement*, ajoute-t-il ; c'est alors à la belladone à prévenir de nouvelles adhérences.

Dans la cataracte secondaire, lorsque les membranes résistent à la belladone, le même procédé est mis en usage par M. Tonnellé ; c'est ici surtout que la belladone est nécessaire pour prévenir une nouvelle adhésion. Par son emploi, le lambeau reste certainement flottant, et l'absorption ne tarde pas à le détruire. Dans les cas les plus graves et les plus rebelles, M. Tonnellé a été quelquefois dans la nécessité de faire deux ou trois introductions d'aiguille, et d'employer la belladone pendant six semaines, deux mois.

M. Tonnellé n'a jamais remarqué que l'emploi prolongé de la belladone ait diminué en quoi que ce soit la sensibilité de l'œil. Cette assertion est en contradiction avec celle de tous les autres observateurs, et notamment de MM. Kneschke et Cunier (*Annales d'Oculistique*, II, p. 52.)

M. Tonnellé a encore expérimenté les préparations de belladone dans les blessures qui intéressent l'iris ; « l'effet de ces lésions étant constamment de déterminer le resserrement et par suite l'oblitération de la pupille, il a recours à ces préparations dès que l'inflammation a été suffisamment amortie par l'eau froide. » De cette façon, il prévient presque toujours les adhérences membraneuses, et, dans les cas où il ne peut y parvenir, il maintient la pupille dans un état de dilatation suffisante pour que la

destruction par l'instrument, ne présente plus de difficulté. Il se sert aussi de ce moyen après le broiement de la cataracte; il dit éviter ainsi les adhérences si fréquentes entre l'iris et les débris de la capsule.

En somme, aucune des recommandations de M. Tonnellé n'est neuve; mais toutes méritent de fixer l'attention des praticiens qui, pour la plupart, les négligent habituellement.

B) *Gaz acide carbonique*. Les fumigations avec ce gaz ont été employées par le professeur Ruete, de Gottingue (*Hannoversche Annalen*, 1841, liv. 3) dans les relâchements et les dilatations des vaisseaux de la conjonctive, et de la muqueuse du canal lacrymal. Il introduit le gaz acide carbonique dans le canal lacrymal, en adaptant au tube d'une cornue le cathéter de Gensoul, qu'il introduit par l'ouverture nasale.

C) *Emploi du vésicatoire palpébral dans le traitement des ophthalmies.*—Voici à ce sujet l'opinion de M. le docteur Chaumet (*Journ. de la Soc. royale de méd. de Bordeaux*, 1841): « Pour nous, dit-il, qui avons déjà eu occasion d'y recourir dans sept cas différents, nous sommes bien loin de partager les répugnances qu'il inspire..... Nous croyons pouvoir affirmer que dans la majorité des cas, il a seul obtenu les honneurs de la cure..... Le vésicatoire palpébral ne deviendra certainement jamais une médication générale; mais il est pour nous incontestable qu'il sera *irremplaçable* dans un bon nombre de cas..... Nous croyons devoir limiter aux conditions suivantes la sphère d'application de ce grand agent thérapeutique :

« 1° Dans les conjonctives oculaires, lorsque les

faces intérieures des paupières sont un peu injectées;

« 2° Lorsque la cornée transparente, *la* sclérotique, les procès ciliaires et d'autres parties profondes de l'œil seront affectées;

« 3° Dans les ophthalmies déjà anciennes;

« 4° Dans l'hypopion des chambres de l'œil, après les antiphlogistiques;

« 5° Enfin, dans la vascularisation de la cornée, les ulcères, le ramollissement pulpeux et les taches par épanchement entre les lames de cette membrane.

« Nous avons le soin de faire piquer la phlyctène sans enlever l'emplâtre le lendemain de son application, et le deuxième ou troisième jour, en enlevant le vésicatoire lui-même. Nous avons le soin de ne point permettre d'écarter les paupières. Ce ne serait que dans le cas de trop vives douleurs, siégeant profondément, que nous nous déciderions à examiner l'intérieur de l'œil avant le cinquième ou le sixième jour. »

D.) *Préparation des collyres.*—Un élève en pharmacie, M. J. H. Labordette, a inséré dans un des derniers numéros du *Journal de chimie médicale* (octobre 1841) quelques observations sur l'emploi des solutions opiacées dans les collyres. Il est, dit-il, des médecins qui connaissent peu les réactions des substances qu'ils prescrivent et qui ordonnent des médicaments dont la nature se trouve changée par l'action d'un produit sur un autre, et, lorsqu'ils n'atteignent pas le but qu'ils s'étaient proposé, ils rejettent souvent sur le pharmacien une erreur dont ils sont coupables. Parmi les erreurs qu'ils commettent à cet égard, il en est

une surtout que M. Labordette croit devoir leur signaler ; elle consiste dans l'emploi du laudanum ou de la teinture d'opium, ou de toute autre préparation opiacée, soit alcoolique, soit aqueuse, dans les collyres renfermant du sous-acétate de plomb. Dans ce cas, au lieu d'avoir un collyre résolutif calmant, on obtient tout simplement une liqueur tenant en dissolution de l'acétate de morphine et un précipité plus ou moins abondant de méconate de plomb et de la matière colorante du safran, si on a employé du laudanum. La nature du médicament est donc tout à fait changée, peut-être même viciée, et ne peut par conséquent remplir les vues du praticien. Partant de là, M. Labordette propose de remplacer les solutions alcooliques ou aqueuses d'opium par un sel de morphine et en particulier par l'acétate de cette base rendu complétement soluble par l'addition d'une minime quantité d'acide acétique.

Nous dirons avec la *Gazette des Hôpitaux* (1841 n° 135), que l'observation de M. Labordette est juste en elle-même, et mérite l'approbation de tous ; mais qu'il est fâcheux qu'il ait choisi comme exemple la préparation des collyres avec l'acétate de plomb et les opiacés, car bien que la double décomposition ait lieu comme il le dit, le collyre n'en est pas moins résolutif et calmant, comme si cette circonstance n'existait pas. En effet, l'acétate de morphine produit est calmant ainsi que toutes les autres préparations d'opium, et le méconate de plomb n'est pas moins résolutif que le sous-acétate de ce métal ; de telle sorte que le médicament ainsi préparé, quoique renfermant des combinaisons autres que celles que les praticiens ont voulu y faire entrer, n'en

possède pas moins toutes les propriétés désirées.

## § V. Myotomie oculaire.

Nous pourrions consacrer un volume entier à l'analyse des travaux qui ont paru sur ce sujet.

Nous nous bornerons à rassembler ce qui peut intéresser sous le rapport de l'histoire de la myotomie oculaire, des diverses applications qui en ont été faites, des procédés qui ont été suivis.

A. *Histoire.* — La myotomie comme moyen curatif du strabisme, n'est-elle connue que depuis quelques années ?

Voici ce qui est acquis à l'histoire :

Dans la séance du 24 septembre de l'Académie de médecine de Paris, M. Velpeau a donné lecture de la note suivante, extraite par M. Ribail, du *Précis analytique des travaux de l'Académie des Sciences de Rouen*, pour l'année 1743, où elle a été insérée par Lecat :

« Un des poisons les plus dangereux que la méde-« cine ait à combattre et que les lois aient à punir, « c'est le charlatanisme. Les plus grandes villes, « comme les bourgades sont infestées de faiseurs de « miracles, qui n'en imposent pas seulement à des « hommes bornés, mais encore à des personnes que « leur esprit et leur éducation devraient garantir « des erreurs pardonnables à la multitude.

« Le docteur T. me servira à prouver ce que « j'avance. J'ai eu occasion d'examiner à fond sa « conduite, et j'ai cru que l'histoire en pourrait être « utile au public, et agréable à l'Académie (de « Rouen). Cet homme spirituel, aimable, arrivé à « Rouen le...., y devint en peu de jours l'objet de

« l'admiration générale. Il possédait un arsenal « superbe d'instruments, s'en servait avec dextérité, « et faisait voir des portefeuilles remplis de certifi- « cats les plus avantageux et les plus authentiques. « La porte de son hôtel était gardée par des sol- « dats : il fallait des recommandations pour entrer « chez lui, et les opérations se faisaient devant un « cercle brillant de personnes choisies. *La grande « opération, la plus merveilleuse de toutes, était « celle par laquelle il prétendait redresser les « yeux louches*. En voici la manœuvre : Avec une « aiguillée de soie, il prenait une portion de la « conjonctive de l'œil louche, vers la partie infé- « rieure du globe, et, ayant fait une anse de cette « soie, il s'en servait pour tirer à soi la portion de « la conjonctive qu'elle comprenait, et la coupait « avec des ciseaux ; ensuite il mettait un emplâtre « sur l'œil sain ; l'œil louche se redressait, et cha- « cun criait miracle !

« J'usai de la liberté qu'il m'avait accordée, en « lui demandant le motif d'une opération qui me « paraissait inutile, pour ne pas dire dangereuse. « Il me répondit qu'un œil n'était louche que parce « que l'équilibre entre ses muscles était détruit ; « que, pour rétablir cet équilibre, il ne s'agissait « que d'affaiblir le muscle qui l'emportait sur les « autres, et que c'était ce qu'il faisait en coupant « un des filets nerveux qui se portaient à ce muscle « trop puissant. »

*L'Examinateur médical* du 26 septembre 1841, écrit au sujet de cette note : « Nous avons entendu « dire à M. Velpeau, et nous pensons nous-mêmes « que ce T. désigne J. Taylor, qui a publié à Paris, « en 1738, un traité intitulé : *De vera causa stra- « bismi*. Mais Taylor était Anglais, oculiste du

« Roi d'Angleterre; seulement il a parcouru la « France, comme presque tous les autres pays de « l'Europe, en qualité de chirurgien ambulant. »

Ce docteur T. dont parle Lecat, doit, comme le pensent M. Velpeau et les rédacteurs de *l'Examinateur médical*, être Taylor, qui se trouvait en France à cette époque. La supposition que l'invention de la strabotomie revient à l'oculiste anglais, se change d'ailleurs en certitude par la citation d'un passage de Heuermann, dont M. le docteur Mouremans a donné communication, au nom de M. Cunier, à la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans la séance du mois de mars 1841. Voici le texte du passage extrait de Heuermann, ABHANDLUNG DER NEUESTEN CHIRURGISCHE OPERATIONEN, Leipzig et Copenhague, 1756.

« *Taylor hat auch vorgegeben, das Schielen durch die Zerschneidung der Flaechse von dem obern Schraegen Augenmuscul zu heilen. Allein da das Schielen nicht allemahl von der Zuzamenziehung dieses Musculs hevorgebracht wird, überdem aber der untere schraege Augenmuscul bei Zerschneindung des obern den Augapfel nach der entgegengesetzten Seite drehet, und dadurch eine neue Art von Schielen erregt; die geraden Augenmusculn, die doch oft zum Schielen Gelegenheit geben, wegen ihrer Lage auch nicht wohl Zerschnitten werden können, so siehet man, das diese Operation die wenigste Zeit nützlich seyn kann, überdem aber wenige Patienten eine solche Operation bei sich anstellen lassen werden, weil das Schielen eben so nicht so beschwerlich, und die Operation*

*mit grossen Schmerzen, und einen ungewiss guten Erfolge verknüpfet.»*

Ce n'est donc pas, comme il l'a écrit (*Ann. d'Oculistique*, juin.—Sur la myotomie, etc.), dans un auteur italien, mais bien dans un auteur allemand, que M. Cunier avait lu que la myotomie était indiquée comme moyen curatif du strabisme.

On lit encore dans une dissertation latine de Pierre Verheyden, imprimée à Louvain en 1767, *Dissertatio de praecipuis morbis oculi*, p. 27 : *Strabones permultos ferro sanatos apud Anglicos vidi* (1).

Or, qu'entendre par *ferro sanatos* ? L'opération, bien certainement. Mais à quelle opération peut-on avoir eu recours? Et-ce à la myotomie?

Comme on le voit, il avait été fait mention autrefois de la division des muscles pour faire cesser le strabisme. Mais on ne trouve nulle part la description du procédé opératoire qui aura pu être suivi.

M. Boinet (*Journ. des Conn. médico-chirurg.*, *janvier* 1842, p. 2) s'exprime ainsi :

«Notre opinion est que tous ceux qui jusqu'ici ont écrit sur le strabisme ont perdu de vue, soit volontairement, soit par préoccupation, ou par ignorance, la véritable cause de l'origine de la myotomie oculaire. Suivant ces auteurs, c'est à Stromeyer, c'est à Dieffenbach surtout,

---

(1) Ce qui nous a paru étrange, c'est que cette phrase a été retranchée dans la réimpression de cette thèse, qui figure dans la *Collectio dissertationum medicarum in alma Universitate Lovaniensi multorum annorum curriculo defensarum*. Lovanii, MDCCLXXXXV.

qu'il faudrait rapporter le mérite de cette découverte. Cette opinion, nous l'avons déjà dit, nous ne la partageons nullement, et voici sur quels motifs est basée notre manière de voir, que nous croyons juste et raisonnable. Qu'on se garde bien de croire cependant, d'après cette déclaration si positive, qu'il est dans notre intention d'enlever à Stromeyer et à Dieffenbach le mérite qui leur revient dans cette opération; à l'un d'avoir le premier proposé la section des muscles de l'œil pour guérir le strabisme, à l'autre d'avoir fait le premier cette opération avec succès; non assurément ce mérite, nous ne le leur contestons pas; le faire, serait une injustice très-grande; ce que nous désirons prouver, et notre tâche ne sera pas difficile, c'est que Stromeyer et Dieffenbach n'ont fait que mettre en pratique un principe posé, établi, démontré, par un de nos compatriotes, par M. J. Guérin. C'est en effet en démontrant que la section des muscles contractés ou rétractés rétablissait souvent les fonctions de certains organes, que le chirurgien français a engagé ses confrères à faire la section des muscles de l'œil. Ainsi donc, partant de ce principe général bien basé, bien formulé et bien indiqué, « que la rétraction pouvait atteindre tous les muscles de l'économie, on devait, par une induction logique, étendre la ténotomie à tous les tendons et muscles de l'économie qui forment obstacle à la position normale des organes et qu'alors, au lieu d'une pratique routinière, dépourvue de principes et de raison, bornés à un ou deux muscles (le tendon d'Achille, le sterno-mastoïdien), on aurait une règle générale applicable à tous les cas analogues connus ou à connaître, en un mot, un véritable principe thérapeutique; » partant de ce principe, disons-nous, les chirurgiens étrangers que nous venons de citer tout à l'heure ont été amenés à appliquer sur des muscles

qu'on n'avait pas encore coupés, et qu'on n'aurait pas osé couper avant la connaissance de cette règle générale, une méthode thérapeutique qui, par les résultats qu'elle donne et qu'elle promet, sera une des plus belles conquêtes de la chirurgie. Ce fut donc la connaissance de la section possible de tous les muscles ou tendons et la possibilité, après ces sections, de redresser les organes, qui fit concevoir à Stromeyer la méthode qui consiste à couper les muscles de l'œil, pour le redresser; ce fut aussi sans aucun doute la même raison qui guida Dieffenbach et le décida à tenter une opération qui n'avait été que proposée par Stromeyer et essayée sans succès par un chirurgien de Landau, par Pauli. Peut-être aussi le chirurgien de Berlin fut-il poussé par cet esprit d'expérimentation dont il a plus d'une fois donné des preuves nombreuses. Mais la conception de cette méthode thérapeutique, l'idée-mère, si je puis m'exprimer ainsi, de la section de tous les muscles, la mise en pratique de cette opération dans un très-grand nombre de cas, sont des faits trop importants dans la question qui nous occupe, pour les passer sous silence. Il nous suffira de renvoyer à Stromeyer lui-même ceux qui pourraient avoir le moindre doute à cet égard; voici comment il s'exprime (*Beiträge zur operative Orthopädie von Dr. Louis Stromeyer. Hannover*, 1838) : « Je me promets un résultat brillant de la *ténotomie* dans le strabisme; opération qui ne présente aucune difficulté pour l'ophthalmologue exercé. » Nous ne pouvons disconvenir que la myotomie oculaire est une méthode opératoire entièrement neuve, mais elle ne doit apporter d'honneur à ceux qui les premiers l'ont mise en pratique que ce qu'en rapportera plus tard la section d'un muscle qui n'a pas encore été coupé, à celui qui le premier fera cette nouvelle section. Aujourd'hui un chirurgien viendrait à faire

la ligature d'une artère qui n'a pas encore été liée, soit pour un anévrysme, une hémorrhagie ou une autre affection, lui reconnaîtrait-on un autre mérite que celui d'avoir le premier appliqué sur cette artère les connaissances que nous possédons sur la ligature des artères en général? D'après ces remarques, il est donc facile de comprendre que les éléments de l'opération de la myotomie étant connus, Stromeyer et Dieffenbach n'ont d'autre mérite que d'en avoir fait l'application sur les muscles de l'œil. Il nous semble que cette manière d'envisager la question, pour ce qui est de la découverte de la myotomie oculaire, est la seule vraie, la seule raisonnable. M. Guérin, si nous ne nous trompons pas, doit être considéré comme auteur de l'idée première, de l'idée génératrice. Entre cette idée première et celles qui l'ont suivie, la distance est la même que celle qui sépare une invention d'un progrès. MM. Stromeyer, Dieffenbach, Cunier, et bien d'autres depuis, ont éclairé, complété, étendu, les applications du principe formulé par le chirurgien français; car, en définitive, ils n'ont introduit dans la question aucune idée nouvelle, aucune idée première, parce qu'en effet le premier créateur de cette méthode avait indiqué lui-même la plupart des conséquences de ce moyen thérapeutique. Peut-on nous objecter que les chirurgiens allemands ignoraient les travaux de M. J. Guérin? Cette objection serait trop injurieuse pour des hommes comme Stromeyer et Dieffenbach, qui sont très au courant de ce qui se fait en France, et surtout de tout ce qui concerne l'orthopédie. Il est donc juste de croire et de dire que les idées qu'on avait sur la ténotomie, considérée d'une manière générale, devaient nécessairement faire penser qu'on pouvait les appliquer sur tous les muscles rétractés; aussi ces connaissances générales ont-elles été, selon nous, la cause

de la myotomie oculaire, et M. J. Guérin n'eût-il fait qu'engager ses confrères à examiner ce point de thérapeutique, qu'il aurait des droits incontestables à la reconnaissance publique, car celui qui a conçu toutes les idées fondamentales d'une méthode thérapeutique qu'il a créée, généralisée, n'a-t-il pas plus de droits à la découverte de cette méthode que ceux qui, plus tard, ont appliqué ces recherches à un point particulier de myotomie ou de ténotomie, et réalisé pour un muscle ce qui avait été proposé pour tous les muscles? Pour ce qui regarde le strabisme en particulier, on savait depuis longtemps que, parmi les causes nombreuses qui peuvent le produire, la contraction, l'excès de force ou d'action des muscles moteurs de l'œil, étaient les causes les plus fréquentes de cette difformité (1), mais on ignorait alors que cette difformité, dépendant d'une rétraction musculaire active, pouvait disparaître à l'aide d'un moyen thérapeutique bien simple, par la section du muscle rétracté ou contracturé. Aussi, avant cela de combien de moyens plus ou moins singuliers, plus ou moins ridicules, ne s'est-on pas servi, et toujours inutilement, pour guérir le strabisme? Mais cette idée de couper tous les muscles rétractés qui s'opposent à la fonction d'un organe étant devenue un principe général établi par de nombreux faits d'une part, et la cause du trabisme étant, sinon connue, au moins supposée dépendre de la contraction des muscles de l'œil, de l'autre, l'opération de la myotomie oculaire s'est présentée tout naturellement à l'esprit de ses premiers auteurs qui, pour l'inventer, n'ont pas eu à faire grand effort d'imagination. Cette

---

(1) Dict. de méd. et chir. prat., t. XV.

opération est, on peut le dire avec certitude, la conséquence naturelle, forcée, des nouvelles recherches publiées, depuis quelques années, sur les sections musculaires, et cette opinion me paraît tellement vraie, tellement naturelle, que la myotomie oculaire serait encore à trouver, si cette méthode thérapeutique de la section des muscles et tendons rétractés n'avait pas été généralisée.

« Il suffit de cet exposé rapide pour faire sentir ce qui appartient à chaque chirurgien, dans cette nouvelle opération. On ne peut s'empêcher d'apprécier l'immense part que doit avoir, dans la découverte de la myotomie oculaire, la généralisation de cette méthode thérapeutique, surtout si l'on observe que c'est par l'une que Stromeyer a été nécessairement dirigé vers l'autre, et que ce n'est qu'après les remarques faites par M. J. Guérin que le chirurgien de Hanovre a pu inventer son procédé. Il est probable que c'est également la connaissance des opinions et des opérations de M. J. Guérin sur les muscles rétractés qui a engagé le chirurgien de Berlin à pratiquer la section des muscles de l'œil, car nous ne pouvons pas supposer que MM. Dieffenbach et Stromeyer aient eu l'idée de couper des muscles pour guérir le strabisme, avant de savoir que tous ces muscles étaient susceptibles de se rétracter, et qu'il était possible, la rétraction existant, de remédier à ses inconvénients par la section de ces muscles. Enfin, s'il n'est pas vrai de dire que toute la myotomie oculaire est dans la découverte des sections musculaires affectées de rétraction ou de contracture, au moins est-il prouvé que les travaux de M. J. Guérin ont été pour beaucoup dans la découverte de ce procédé qui repose sur un fait établi, démontré, et aujourd'hui généralement admis, à savoir que tout muscle rétracté peut être coupé. »

Un fait incontestable, c'est que la note de M. Stromeyer (voir son ouv. 1838), a été l'occasion de la vogue, ou de la remise en vogue, tout comme on voudra l'entendre, du traitement chirurgical du strabisme.

Quelques mois plus tard; M. le docteur Frédéric Pauli, de Landau-in-der-Pfalz (Bavière-Rhénane) voulut diviser le droit interne sur une jeune fille de 14 ans, qui était affectée d'un strabisme convergent des deux yeux (*Schmidt's Jahrbucher*, 1839, Bd. XXIV); sa tentative ne fut pas couronnée de succès. Voici, d'après M. Phillips (*du Bég. et du strab.*, 1841, p. 8), ce qui se passa :

« Il s'agissait d'une jeune fille de quatorze ans qui louchait des deux yeux : La mère de la jeune personne, avertie de la possibilité d'une guérison, en fut transportée de joie; mais, malgré la plus grande fermeté de la part de la jeune fille, il fut impossible de fixer l'œil en le tenant par la conjonctive. Lorsque j'approchai le couteau, dit Pauli, l'œil se précipita en bas, en déchirant la muqueuse retenue par des pinces. »

« Après avoir étanché le sang, Pauli fit deux nouveaux essais qui furent aussi malheureux que le premier. Il dut remettre l'opération à un autre moment, afin de ne pas provoquer une trop vive inflammation. Si on ne parvient pas à fixer l'œil en le tenant par la conjonctive, ce chirurgien donne le conseil de le piquer avec une aiguille à cataracte. »

MM. Dieffenbach et Cunier ont réclamé tous deux la priorité pour l'application sur le vivant du procédé de Stromeyer. M. Dieffenbach (1) prétendait

(1) Gazette médicale de Paris, 1841, n° 10.

« avoir fait sa première opération longtemps avant « le 13 novembre 1839, même BIEN AVANT le « terme que M. Cunier réclame comme date de « sa première opération (le 29 octobre 1839). » M. Phillips nous a appris peu de temps après (op. sup. cit. p. 8) que : « le 26 octobre 1839, M. Dieffenbach fit pour la première fois cette brillante « opération. » — « Notre confrère de Berlin, dit « M. Cunier (*Ann. d'Oc.* avril 1841, p. 39) est, on « l'avouera, prodigieusement facile lorsqu'il s'agit « de preuves en sa faveur. C'est le 13 novembre « qu'il a fait connaître sa première guérison, qui, il « faut le rappeler, *était complète le huitième jour*, « et il en conclut que l'opération a été faite LONGTEMPS AVANT CETTE DATE, même BIEN AVANT le « terme de ma première strabotomie. Cela est « d'une logique sans pareille.

« Mais, s'est-on demandé, pourquoi M. Dieffenbach ne dit-il pas positivement le jour où il « a opéré pour la première fois un louche? Cela « eût fixé rigoureusement la question de fait, celle « de l'application sur le vivant de la myotomie « oculaire.

« J'ignore les motifs qui ont porté ce chirurgien « à ne point faire connaître dans ses diverses pu- « publications, de 1839, 40 et 41, cette date, que « M. le docteur Ch. Phillips fixe, après coup, au « 26 octobre 1839; ce serait donc à DIX-SEPT JOURS « que se réduirait le LONGTEMPS AVANT LE 13 NOVEMBRE; ce serait donc TROIS JOURS d'intervalle qui « font dire à M. Dieffenbach BIEN AVANT LE 29 « OCTOBRE !!...

« Je veux et je dois m'abstenir de toute espèce « de réflexions. Je laisse le public médical juge « dans ce procès. »

Un mot sur un passage de la brochure de M. Verhaeghe. Ce médecin dit p. 40 : « Il est de fait « que M. Cunier, dans ses *Annales d'Oculistique* « (T. II, 2e année, p. 54), a inséré une note, qui « correspond au 29 octobre, où il donne purement « la traduction du procédé de Stromeyer. » Pourquoi M. Verhaeghe fait-il correspondre cette note au 29, alors qu'elle a été insérée dans la livraison du 15 octobre?... De nombreux *strabologues* se sont appuyés de la citation de M. Verhaeghe, et l'ont pressurée pour montrer que M. Cunier ne pouvait avoir opéré le 29 octobre, puisqu'il n'en avait pas fait mention dans le numéro de son journal portant cette date. Misères!

M. Cunier a dit et redit (*Ann. d'Oc.* juin 1840, avril 1841, *Sur la myotomie*, etc., p. IX, *Gaz. méd. de Paris*, 1841, no 11 ) qu'il ne tenait pas à la priorité dont il n'avait que faire, et qui pourrait devenir embarrassante pour lui. Embarrassante! Et pourquoi, s'est-on demandé? Oui certes, *embarrassante*, parce qu'il n'a pas reconnu d'abord l'importance de l'opération, parce qu'il n'a pas songé qu'elle pût jamais constituer une méthode générale pour la cure du strabisme. Embarrassante, parce que malgré cette priorité, on pouvait toujours le mettre en demeure de reconnaître que sans l'article que M. Dieffenbach a inséré dans la *Verein's Zeitung* du 13 novembre 1839, il n'eût peut-être pas eu de nouveau recours de longtemps peut-être, à la myotomie oculaire. Le fardeau était trop lourd; il n'a pas voulu s'en charger.

Le chirurgien qui est ici en cause regrette vivement de devoir parler aussi longuement de ce qui le regarde personnellement. Que les lecteurs veuillent bien envisager sa position, et ils lui passeront

la longue digression à laquelle il vient de se livrer, et qu'il doit terminer par quelques mots sur une attaque dont il a été l'objet de la part de M. Melchior, de Copenhague.

M. le docteur Marinus, rendant compte dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 2 juillet 1840, de la brochure de M. Crommelinck, a donné l'historique de l'opération du strabisme en Belgique. M. Marinus savait de M. Cunier lui-même, ainsi que par les journaux politiques, entre autres *L'Emancipation*, *L'Eclaireur* (de Namur), que son confrère avait opéré des louches ; mais M. Marinus venait d'être remplacé par M. Cunier dans la rédaction de *l'Encyclographie*, et il crut ne pas devoir citer son nom. Cette omission calculée a été interprétée ainsi par M. Melchior (l. cit. p. 8) « *Ignorare igitur Marinus videtur operationes Cunieri*, *unde elucere videtur*, *illas ne in Belgia quidem vulgo cognitas fuisse.* » La brochure de M. Melchior était imprimée, lorsque les *Annales d'Oculistique* du mois d'août 1840, sont venues lui donner la clé de l'énigme : il s'est hâté de dire, dans une note : « *Annales Cunieri*, *qui* Annales d'Oculistique *in-* « *scribuntur*, *nactus sum*, *antequam disputa-* « *tionem meam ad finem perduxi*, *ex quibus*, « *vidi*, *Marinum*, *qui pag.* 8 *libri mei com-* « *memoratur*, *cum Cuniero non magna esse* « *in gratia*, *quae forsitan fuerit causa cur eum in* « *relationibus suis non commemoraverit*.» Le chirurgien danois avait deviné juste.—Il avait du reste eu la bonne foi de dire, p. 9 : « *Addere tamen debeo in* « *eodem* Gazette des Hôpitaux *editorem harum* « *ephemeridum dicere* «. Nous devons à la « vérité de dire qu'à la suite de la publication de « Stromeyer, qui paraît être le premier qui ait an-

« noncé la nouvelle méthode, article qui fut répété « dans les Annales d'Oculistique, M. Florent Cunier, « médecin belge, nous écrivit pour nous annoncer « qu'il venait de pratiquer deux fois avec succès « l'opération de Stromeyer. » *Unde sane elucet « Cunierum ante Marinum hac de re editori ephe- « meridum illarum scripsisse, sed non quando « scripserit, utrum fortasse uno solo mense ante, « an jam ante Decembrem anni* 1839 ? » Ce qui a été dit plus haut répond à la question de M. Melchior, qui termine en disant : « *Quibus de rebus « spero fore, ut Cunier nos in posterum cer- « tiorem faciat.* » Son désir est accompli.

Nous mettrons fin à la partie historique, en rappelant que jusqu'à ce jour M. Phillips a laissé sans réponse les quatre questions qui lui ont été posées par M. Cunier (*Ann. d'Oc.* avril et mai 1841.)

Pour ce qui est de la lettre insérée dans les *Annales d'Oculistique* de juillet 1840, et dans laquelle on s'attache à faire valoir les droits de M. Gensoul, qui aurait fait part à M. Dieffenbach de ses essais de myotomie oculaire, nous sommes entièrement de l'avis de M. Phillips, que M. Dieffenbach « *n'eût rien retiré de plus utile de cette communication que la publication de Stromeyer*, qui avait paru depuis dix mois ; » mais on ne peut refuser d'admettre que les renseignements de M. Gensoul ont pu lui être utiles, — et, après tout, il devait au moins en faire mention, comme également il ne devait point passer sous silence les essais infructueux de M. le docteur F. Pauli.

Quant à la part que M. le docteur Carron de Villards peut revendiquer, M. Cunier a montré, (*Ann. d'Oc.* avril 1841 p. 43-44) qu'elle est loin de pou-

voir être réduite à la dose *infinitd simale* qu'en a faite M. Phillips. (l. cit.)

B. *Méthodes opératoires.* — On a imaginé une multitude de procédés pour exécuter l'opération qui nous occupe. Chaque chirurgien a voulu avoir le sien. — Tous les procédés se rattachent à deux classes ; dans la première se rangent les procédés dits *par dissection ;* à la seconde appartient la section sous-conjonctivale.

I. *Procédés par dissection.* — Tous les procédés connus ont eu pour point de départ, la méthode suivante proposée par M. Stromeyer, et connue en France par la traduction que M. Cunier en a donnée dans le n° du 15 octobre 1839, de ses *Annales d'Oculistique* (tome II, p. 54) :

1) *Procédé de Stromeyer.*—Des essais tentés sur le cadavre portent M. le professeur Stromeyer à recommander le procédé opératoire suivant contre le strabisme de nature spasmodique :

« On fait fermer l'œil sain, et on recommande au malade de porter l'œil affecté le plus possible en dehors de la direction vicieuse qu'il occupe. Si le strabisme a lieu en dedans, on enfonce alors dans le bord interne de la conjonctive oculaire une aírigne fine que l'on confie à un aide intelligent qui s'en sert pour tirer l'œil en dehors. La conjonctive ayant été soulevée à l'aide d'une pince, on la divise au moyen d'un couteau à cataracte par une incision pratiquée dans le canthe interne. La traction en dehors est augmentée jusqu'à ce qu'apparaisse le muscle droit interne ; un stylet fin est passé sous ce dernier, que l'on divise à l'aide de ciseaux courbes, ou avec le couteau qui a servi à ouvrir la conjonctive. Aussitôt après l'opération, on fait pratiquer des fomen-

lations froides et on administre une potion opiacée. Il faut avoir soin de continuer pendant quelque temps à tenir l'œil sain fermé, afin que l'exercice ait le temps de rétablir le mouvement normal de l'œil opéré. La pratique orthopédique prouve qu'il suffit de diviser un muscle pour faire cesser le spasme dont il était affecté et le rendre apte à reprendre ses fonctions ; quant à l'opération qui vient d'être décrite, elle ne saurait être plus dangereuse que la plupart des extirpations des tumeurs enkystées, qui compromettent fort rarement l'œil. » (*Beiträge zur Operat. Orthopädie. et Sach's central Zeitung*, 1839).

Tous les procédés dont l'exposition va suivre, ne sont que des modifications de celui de Stromeyer. Il a longtemps été suivi par M. Cunier, qui décrit ainsi sa manière d'agir :

2) *Procédé de M. Cunier.* — « Le malade, dont l'œil sain est recouvert d'un bandeau, est assis sur une chaise, en face de l'opérateur, qui s'assied aussi; après avoir appliqué l'élévateur de Pellier ou le spéculum de Lusardi, un crochet mousse est mis à cheval sur le bord palpébral inférieur, dans l'angle où existe le strabisme; un pareil crochet est appliqué à la paupière supérieure, si l'écartement n'est pas suffisant. On recommande au louche de regarder dans la direction opposée à celle qu'occupe l'œil, et saisissant un moment propice, l'opérateur implante dans la conjonctive, à deux ou trois lignes du bord cornéen, une airigne double, dont les branches sont écartées de trois à quatre lignes, et que l'on fait pénétrer dans le tissu cellulaire et la sclérotique. Une fois cette airigne fixée, elle est confiée à un aide qui s'en sert pour tirer l'œil

en dehors de la position vicieuse; sa traction doit être lente et directe. L'opérateur saisit alors la conjonctive, à quatre ou six lignes de la cornée, selon le volume de l'œil; avec un petit bistouri, il incise la membrane qu'il tient soulevée, et donne à la plaie qu'il produit la forme d'une demi-lune qui embrasse de plus de deux lignes en bas et en haut l'étendue du muscle; la dissection du lambeau étant pratiquée, et poursuivie d'une ou deux lignes vers la direction vicieuse, le sang enlevé le plus complétement possible, l'aide qui tient l'érigne augmente la traction et fait apparaître le muscle, sous lequel est passée la branche boutonnée de ciseaux ophthalmiques courbes sur le plat, au moyen desquels on opère la division. (*Ann. d'Oculist.* juin 1840. Phillips, l. cit. p. 29.)

M. Cunier n'a pas tardé à abandonner ce procédé, pour suivre une conduite analogue à celle de M. Phillips; mais un aide lui a toujours suffi, avec son spéculum, dont il a cessé de faire usage, pour se servir de celui de Kelley-Snowden. Il a ajouté récemment à ce procédé la suture de la plaie conjonctivale. L'extrait suivant d'un travail de M. Fleussu, inséré dans les *Annales de la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines* (1841), donnera une juste idée de ce complément opératoire :

« Une imperfection assez fréquente de la strabotomie, dit M. Fleussu, consiste dans un enfoncement plus ou moins marqué de la caroncule lacrymale; n'étant plus retenue par la conjonctive verticalement coupée à la partie interne de l'œil, elle fuit dans la profondeur de l'angle formé par la convexité du globe oculaire et la paroi interne de l'orbite; il en résulte une excavation disgracieuse qui fait ressortir encore davantage la saillie

du globe de l'œil que l'on remarque parfois après l'opération.

« MM. Amussat et L. Boyer ont reconnu, ce que tout le monde sait du reste, que cette tendance de la caroncule lacrymale à s'enfoncer, est en général d'autant plus prononcée que l'incision a été faite plus près d'elle, plus étendue et surtout que la partie moyenne est plus exactement en rapport avec le diamètre transversal de l'œil; l'incision conjonctivale fait alors l'effet d'une boutonnière, plus large en son centre, et la caroncule fixée au milieu de la lèvre interne n'étant plus soutenue, s'applique contre la partie interne de l'orbite; l'intervalle des lèvres est bientôt rempli par du tissu inodulaire.

« M. le docteur Phillips a proposé dans son nouvel ouvrage (De la ténotomie sous-cutanée, page 275), de rendre cette difformité moins apparente en en produisant une semblable sur l'œil non opéré, dont il divise verticalement la conjonctive près de la caroncule. Je ne pense pas que ce soit sérieusement que ce chirurgien rapporte avoir tenu cette conduite.

« M. Cunier obvie à l'inconvénient signalé plus haut, en réunissant aussitôt l'opération terminée, les deux bords de la plaie par un point de suture placé à son centre et qu'il enlève le lendemain ou le surlendemain. J'ai vu retirer de si beaux résultats de cette conduite que je ne saurais trop la recommander.

« Cette suture est pratiquée au moyen d'une aiguille courbe très-fine passée à travers la partie moyenne des deux lambaux soulevés avec des airignes; le fil ne doit pas être ciré. Le séjour de ce dernier entre les paupières n'a été dans aucun cas la cause du moindre désagrément; aucun opéré ne s'est ressenti en bien ou en mal de sa présence.

« Il faut éviter de produire un affrontement exact des

bords de l'incision conjonctivale; cette conduite pouvant, ainsi que nous l'avons vu, faire persister la déviation par le seul fait que l'allongement de la conjonctive oculaire est souvent presque aussi nécessaire que la section musculaire elle-même.

« Pour éviter la chute de la caroncule, M. Boyer agit de la manière suivante : On forme avec deux pinces un pli vertical à la conjonctive, saisie un peu au-dessus du muscle ; on divise ce pli avec les ciseaux horizontalement et de dehors en dedans, en ayant soin de tenir l'extrémité de l'incision écartée de la caroncule. Saisissant alors avec une pince la couche celluleuse, il la soulève et la divise d'un coup de ciseaux donné en emporte-pièce. L'extrémité d'un crochet mousse à deux branches est alors introduite entre la sclérotique et le muscle; celui-ci est ramené au niveau de la plaie dont la lèvre inférieure est tenue abaissée, puis la section en est faite.

« M. Boyer cherche ainsi à respecter le pli semi-lunaire et l'angle de réflexion de la conjonctive, afin que la caroncule reste en place. Mais son procédé est d'une exécution difficile; il faudra souvent une seconde incision au-dessus du muscle à cause des infiltrations de sang et de larmes qui se manifesteront dans presque tous les cas; il serait d'ailleurs impossible sans cette seconde incision d'atteindre assez complétement la membrane fibreuse et les adjacences aponévrotiques, ce qui constituerait fort fréquemment, pour ne pas dire presque toujours, une cause de non réussite. La méthode de M. Cunier permet au contraire de débrider largement, ce qui est indispensable dans la grande majorité des cas; et pour arriver à ce but par le procédé de M. Boyer on devrait souvent établir des incisions perpendiculaires à celles pratiquées au-dessus

et au-dessous du muscle, laissant une languette de conjonctive destinée à retenir la caroncule.

« N'est-ce point là compliquer à plaisir une manœuvre opératoire?

« Plusieurs opérateurs, M. Phillips entre autres (ouvrage cité, p. 324) ont vu fréquemment les yeux dirigés après l'opération dans un sens opposé au strabisme qu'ils voulaient guérir. La suture conjonctivale leur fournira les moyens de remédier au mal qu'ils produisent. »

3) *Procédé de M. Dieffenbach.* Nous transcrivons les détails suivants de la brochure de M. le docteur Verhaeghe, qui a lui-même été opéré par le chirurgien de Berlin, et qui dit lui avoir vu faire plus de 200 opérations de ce genre.

« Voici l'exposé du procédé auquel Dieffenbach s'est arrêté et qui lui a procuré de si brillants résultats :

« L'appareil instrumental est très-simple, un élévateur de Pellier, un crochet double, mousse, supporté par une tige simple, pour abaisser la paupière inférieure, deux petits crochets aigus pour accrocher la conjonctive, une paire de ciseaux courbes sur le plat pour faire l'incision de la conjonctive, un crochet mousse simple pour glisser au-dessous du muscle que l'on coupe avec les mêmes ciseaux courbés qui ont servi à faire la section de la conjonctive. Dans la boîte à opération se trouve encore un petit crochet aigu double que l'opérateur réserve pour les cas où, comme dans l'essai de M. Pauli, l'œil se tournerait convulsivement en dedans, et provoquerait, par ce mouvement, la déchirure de la conjonctive saisie; dans ces circonstances il implante ce crochet dans la sclérotique, et se rend ainsi maître de l'œil. Une éponge et de l'eau froide complètent l'appareil.

« Deux aides suffisent à la rigueur quand on fait l'opération sur un adulte; quand c'est un enfant, ou un individu des mouvements duquel on n'est pas sûr, il en faut plus de deux, mais ils peuvent être étrangers à l'art.

« Le malade est placé, comme dans l'opération de la cataracte, sur une chaise, vis-à-vis d'une fenêtre bien éclairée; l'opérateur, sur une autre chaise un peu plus élevée, au-devant du malade et un peu de côté, pour ne pas se trouver dans son propre jour. Un des aides se tient derrière le malade et fixe la tête de celui-ci contre sa poitrine, afin qu'elle y trouve un point d'appui; l'autre au-devant de lui, à côté et à droite de l'opérateur. Je suppose que ce soit l'œil droit qui louche, c'est sur lui que l'opération est la plus simple. Le chirurgien place l'élévateur de Pellier sous la paupière supérieure et le donne à tenir à l'aide situé derrière le malade; celui-là le prend de la main droite; l'abaisseur de la paupière inférieure est tenu par l'autre aide, qui s'assure en même temps des mains du malade. Ensuite l'opérateur lui ordonne de porter son œil en dehors (pour faciliter ce mouvement, il ferme ou fait fermer l'œil sain), et implante un petit crochet aigu dans la conjonctive près de la caroncule lacrymale. Quand l'œil reste convulsivement tourné dans l'angle interne, ce qui arrive assez souvent, l'opérateur prend le crochet de la main gauche, le glisse à plat sur le globe oculaire vers l'angle interne au-dessous les paupières; après l'y avoir enfoncé à distance convenable, il imprime un léger mouvement au manche, de manière à incliner la pointe du crochet en arrière, puis, saisissant la conjonctive, il peut alors tirer l'œil en dehors. Ce crochet est tenu par la main gauche de l'aide situé derrière le malade. Le chirurgien implante ensuite son second crochet dans

la conjonctive plus près de la cornée, à la distance de 1 ligne et 1/2 de celle-ci, et le tient lui-même de la main gauche. La conjonctive étant alors soulevée par les deux crochets en forme de pli, l'opérateur, armé des ciseaux courbes, y fait une section, et continue à donner de petits coups de ciseaux jusqu'à ce que le muscle soit à nu, en même temps qu'avec le crochet tenu de la main gauche il porte l'œil un peu plus en dehors. Il dépose alors les ciseaux, prend le crochet mousse, et le glisse entre la sclérotique et le muscle; il dégage ensuite son crochet aigu qui devient inutile, et prend le crochet mousse de la main gauche devenue libre. Pour finir l'opération, il ne s'agit plus que de couper le muscle sur le crochet mousse, ce qui se fait avec les mêmes ciseaux qui ont déjà été employés. Au même instant, l'œil, comme délivré du lien qui le tenait enchaîné, se met dans sa position normale. On fait ensuite quelques lotions d'eau froide pour enlever le sang, et on fait ouvrir au malade les deux yeux pour s'assurer s'ils sont en parallélisme.

« Si l'œil gauche est affecté de strabisme, le procédé n'est que légèrement modifié et l'opération peut se faire également de la main droite. L'aide situé derrière le malade tient l'élévateur de la main gauche et le crochet de la droite; l'opérateur passe alors son bras gauche transversalement au-devant du front, prend un point d'appui sur lui, et de la main courbée tient le crochet qui doit porter l'œil en dehors. » (Verhaeghe, *Du strabisme*, 1841, p. 41.)

4). *Procédé de M. Phillips.* M. Phillips a modifié (loc. cit. p. 245) comme suit le procédé de M. Dieffenbach. « On fait asseoir le malade sur une chaise; un aide se place derrière, afin de relever la paupière et de maintenir contre sa poitrine la tête de l'opéré. Un second

aide se place devant le malade afin d'abaisser la paupière inférieure, et un troisième aide, placé à côté de l'opérateur, lui donne et reprend les instruments à mesure qu'il s'en est servi. L'opérateur se place debout en face du patient ; il introduit sous la paupière supérieure l'élévateur, qu'il confie à l'aide placé derrière le malade. Il pose l'abaisseur sur la paupière inférieure, et il le donne à l'aide placé devant le malade. Les paupières sont ainsi largement écartées. Les aides chargés de cet écartement doivent donner toute leur attention à la fonction dont ils sont chargés, car, s'ils abandonnent l'une ou l'autre paupière, ils peuvent compromettre toute l'opération. Le chirurgien accroche la conjonctive avec ses deux petites érignes, qu'il place entre la caroncule lacrymale et le globe (?) de l'œil ; il en confie une à l'aide placé derrière et il garde l'autre. Il coupe en travers le lambeau de membrane muqueuse qui a été soulevé, et, pénétrant dans l'orbite par cette ouverture, il introduit le crochet mousse pour aller à la recherche du muscle contracté. Cette manœuvre est exécutée avec facilité ; il suffit de placer le crochet sur le bord supérieur du muscle, et de tirer un peu en avant pour charger le muscle et le rendre saillant sur le crochet. C'est alors qu'il faut achever la dissection du muscle pour l'isoler entièrement ; l'extrémité des ciseaux est portée entre le muscle et le globe de l'œil afin de détruire toutes les adhérences, et ensuite le muscle est coupé en travers. L'œil fait un mouvement en dehors, et l'opération est achevée en réséquant l'attaché tendineuse du muscle qui vient d'être divisé. Tels sont les temps principaux de cette opération ; cependant il est nécessaire de faire une exploration dans l'orbite avant d'abandonner le malade. » (Phillips, de la ténot. p. 245.)

5) *Procédé de M. Velpeau.*—Nous décrivons ici celui

que ce chirurgien a définitivement adopté. « Les deux paupières étant préalablement écartées, soit avec un dilatateur des deux paupières (blaphareirgon), soit avec un élévateur et un abaisseur ordinaires, le chirurgien saisit du même coup avec une pince à griffes la conjonctive et le muscle rétracté près de l'attache de celui-ci à la sclérotique; une seconde pince à griffes est ensuite appliquée sur la conjonctive, près de la cornée, et confiée à un aide. Une traction légère et en sens opposé de ces deux instruments donne lieu à un repli de la muqueuse oculaire. C'est sur ce point qu'avec des ciseaux droits et mousses le chirurgien divise et la conjonctive et la portion du muscle saisi par la première pince. Cela fait, pour bien s'assurer que la division est complète et qu'il ne reste aucune fibre capable de reproduire la difformité, il passe dans le fond de la plaie un crochet mousse semblable à celui de M. Phillips; et si cet instrument ramène une portion du muscle non divisé, il la sépare avec les ciseaux » (*Gaz. des Hôpit.* 1841, p. 32.)

6.) *Procédé de M. Baudens.*—« Le strabique est assis sur un tabouret en face d'une fenêtre, ses paupières tenues écartées avec l'élévateur de Pellier et avec l'abaisseur de M. Charrière; nous enfonçons, dit l'auteur, d'un coup sec une airigne à crochet unique, mais fort, dans l'angle de réflexion oculo-palpébrale de la conjonctive, et un peu au-dessus du diamètre transversal de l'œil, si, comme dans ce cas, il s'agit d'un strabisme convergent, pour saisir l'attache musculaire, et, prenant sur elle un point, nous faisons effort comme pour redresser l'œil. Par cette manœuvre se dessine en un relief bien senti et traduisant une véritable corde le muscle strabique; nous passons sous lui, sans toutefois chercher à l'embrasser en entier, un petit bistouri à double courbure sur le plat de la lame et large à son talon : à double courbure, pour

éloigner la pointe du globe de l'œil à mesure qu'il chemine; large à son talon, pour que l'incision des parties à diviser soit presque accomplie au moment où la lame de l'instrument est arrivée au bout de sa course. Dans ce premier temps opératoire, la gaîne est ouverte, et une partie du muscle lui-même a été coupée; nous engageons alors sous ce dernier notre crochet-bistouri pour le soulever et le couper d'un seul coup de ciseaux. L'aponévrose d'enveloppe oculaire est ensuite débridée plus ou moins largement, selon les indications, haut et bas; nous faisons effort de nouveau sur l'airigne pour soulever la greffe musculaire adhérente au globe, et d'un seul coup de ciseaux nous enlevons en entier cette greffe, ainsi qu'un lambeau conjonctival, afin de bien nettoyer la plaie et de ne pas laisser de mâchures. » (Baudens, *loc. cit.*, p. 24.)

7.) *Procédé de M. Sédillot.*—1o Le malade doit être assis ou couché; mais cette dernière position est préférable en ce qu'elle permet de maintenir la tête mieux fixée, en l'appuyant contre les matelas ou un oreiller; on évite ainsi tout mouvement involontaire.

2o Les paupières sont écartées, la supérieure par l'élévateur de Pellier, l'inférieure par l'abaisseur de M. Charrière.

3o L'opérateur s'occupe alors de fixer le globe de l'œil en implantant dans la sclérotique une airigne, à deux ou trois branches, capable de porter l'œil en dehors et d'en prévenir tout mouvement de rotation : ce temps de l'opération est assez délicat et doit être bien exécuté. Si l'on ne saisit que la conjonctive, l'œil reste mobile au-dessous d'elle, se porte en tous sens, se dirige en dedans, quelque recommandation que l'on fasse au malade, et le chirurgien peut être obligé de suspendre l'opération. Il faut donc porter l'airigne dans la sclérotique et à quel-

que distance de la cornée : pour cela, on engage le malade à regarder en dehors ; et dès que l'œil est suffisamment dirigé dans ce sens, on implante vivement l'airigne. Si cet instrument était à une seule branche, il empêcherait l'œil de se renverser en dedans, mais n'en préviendrait pas la rotation ; ce qui est cependant nécessaire pour que l'opérateur ne soit pas trompé sur la position du muscle qu'il veut diviser, et qu'il puisse en compléter la section. Lorsque les branches de l'airigne sont trop recourbées, elles n'atteignent que la conjonctive ; ce qu'il faut éviter : et l'on doit craindre également de la faire pénétrer trop profondément dans le globe de l'œil. A cet effet j'ai fait construire, par M. Charrière, une petite airigne à trois branches disposées de manière à s'accommoder à une surface arrondie, peu courbées sur elles-mêmes, parfaitement effilées, et renflées à deux millimètres de leur pointe, comme la pique de Pamart.

Cette modification, dont M. Bégin m'a donné l'idée, empêche l'airigne de pénétrer au-delà de la sclérotique, et augmente l'assurance de l'opérateur. Aussitôt que l'airigne est fixée, on la donne à un aide chargé de porter l'œil du côté opposé à la section musculaire, et on procède à l'incision de la conjonctive.

4° Cette membrane saisie avec la pince carrée de M. Lucas, celle à larges mors de M. Guérin, ou des pinces ordinaires, est divisée perpendiculairement à la direction du muscle, légèrement renversée de chaque côté ou d'un seul coup ; et lorsque le sang qui coule assez abondamment pour masquer la plaie a été épongé, on s'occupe de la section musculaire.

5° Plusieurs instruments ont été inventés pour l'exécution de ce dernier temps opératoire.

On peut se servir de la petite spatule de M. Dieffenbach cannelée par M. Roux, et sur laquelle on glisse la

pointe des ciseaux courbes, ou celle d'un bistouri, de dimensions appropriées.

M. Dieffenbach a également employé un bistouri boutonné, représentant un petit bistouri courbe de Pott ; et M. Doubowtiski l'a modifié en faisant aplatir le bouton, qui glisse plus facilement au-dessous du muscle et précède la lame destinée à l'inciser. Le même opérateur a imaginé une espèce de bistouri caché, assez semblable au lithotome du frère Côme ; mais cet instrument a l'inconvénient de mal couper les parties, sur lesquelles il agit plutôt en pressant qu'en sciant. Aussi, pour les muscles droits, la spatule de M. Roux nous semble-t-elle encore préférable.

Pour couper les muscles obliques, j'ai fait construire un ténotome fortement coudé et aplati en bouton à son extrémité, propre à suivre la paroi inférieure ou interne de l'orbite et à saisir soit le corps du petit oblique, soit le tendon réfléchi du grand. Le premier, qui vient s'insérer près de la gouttière lacrymale, est très-facile à atteindre d'arrière en avant ; mais la section du grand oblique est beaucoup moins aisée. Le tendon s'engage très-profondément dans l'orbite, et la poulie dans laquelle il se réfléchit d'avant en arrière n'est pas très-saillante. Si l'instrument est porté trop haut, il peut léser les branches du nerf frontal et même le nasal, et trop bas il manque le but proposé. Il serait à craindre en outre de ne pouvoir couper le tendon avec un bistouri droit, tandis qu'avec notre ténotome recourbé on parvient sans danger derrière lui, immédiatement au niveau de sa poulie, et en faisant glisser l'instrument derrière le muscle on le divise en retirant le ténotome à soi.

M. Phillips a fait remarquer que la section du grand oblique diminuait la myopie et l'a proposée comme un

remède à essayer dans ce cas, mais c'est évidemment là une opinion à vérifier.

6° Aussitôt que le muscle que l'on cherchait à couper a été divisé, l'œil doit être immédiatement entraîné dans le sens contraire; il n'y a d'exception à cette règle que pour le muscle droit interne, dont l'action adductrice est partagée par les muscles grand et petit obliques: autrement on doit craindre de n'avoir pas incisé la totalité du muscle. (*Gaz. des Hôp.*, 2e série, t. III, n° 109, p. 434.)

8) *Procédé de M. Desmarres, chef de clinique de M. Sichel.*—« M. Desmarres n'a besoin que de trois instruments : 1° une petite airigne de Richter montée sur un manche fermant, 2° une petite paire de ciseaux très-courbes sur le plat, 3° un crochet à extrémité mousse et très-aplatie, destiné à soulever le muscle et fermant comme l'érigne; il n'emploie pas d'aides, ou n'en emploie qu'un au plus.

« *Premier temps.* Le malade assis sur une chaise, la tête appuiée contre un corps dur, tourne l'œil en haut et abaisse lui-même, s'il n'est pas trop pusillanime (autrement il faudrait le concours d'un seul aide), sa paupière inférieure au moyen de son index. L'opérateur debout en face du malade, la jambe droite placée entre les siennes, accroche, avec l'airigne tenue de la main gauche, la conjonctive oculaire un peu plus bas que l'insertion du muscle, à environ 2 millimètres en dehors de la membrane semi-lunaire; alors la conjonctive soulevée est trouée d'un coup de ciseaux dans une très-petite étendue : on fait glisser à plat, à travers cette petite ouverture, la branche inférieure des ciseaux jusqu'au-dessus de l'insertion présumée du muscle, et on incise la muqueuse dans une étendue convenable. On fait laver l'œil au malade.

« *Second temps*. Lorsque le sang est arrêté on soulève avec le pouce de la main droite la paupière supérieure, et on recommande au malade de regarder droit devant lui pour que le muscle soit dans le plus grand relâchement possible; on fait glisser alors doucement et avec précaution, de haut en bas, le crochet aplati tenu entre le pouce et l'index de la main gauche; la main droite saisit les ciseaux, dirige leur convexité du côté du nez, introduit l'une des branches sur l'extrémité du crochet et divise le muscle d'un seul coup. Il ne reste qu'à vérifier le résultat de l'opération. » *Gaz. des Hôp.*, 2e sér., t. III, n° 53, p. 212.)

9. *Procédé de M. Ferrall.* « Le patient est placé sur un sopha, l'œil tourné du côté de la lumière. Un aide relève la paupière supérieure à l'aide d'un spéculum; un autre aide abaisse la paupière inférieure avec ses doigts. La caroncule lacrymale est poussée en dedans avec une très-petite airigne double. Aucun moyen n'est employé pour tirer l'œil en dehors. L'opérateur saisit alors, avec des pinces, un petit point de la conjonctive, à quelques lignes de la cornée, la relève et la divise d'un seul coup avec de petits ciseaux angulaires: c'est là le premier temps de l'opération. On ôte alors les instruments, et on laisse l'œil se reposer. Après quelques secondes, on écarte de nouveau les paupières, on engage une petite airigne mousse entre les lèvres de la petite plaie de la conjonctive, et on accroche par là le tendon du muscle: c'est le second temps de l'opération. Alors une lame de ciseaux angulaires est glissée sous le muscle pour le couper à l'endroit de son adhérence à la sclérotique. » (Gairal, *Du strabisme*, 1840, p. 45.)

10. *Procédé de M. Lucas.* « Ce chirurgien saisit la conjonctive avec une pince carrée, et l'incise de bas en haut avec un couteau à cataracte; puis il va, à travers cette

incision, accrocher la sclérotique avec une airigne double pour fixer l'œil; ensuite il fait passer au-dessous des muscles un petit stylet qu'il rapproche le plus possible de l'insertion du tendon, qu'il divise avec des ciseaux courbes. » (Dufresse, Traité du Strab., 1841, p. 46.)

14. *Procédé de M. Liston.* « Ce chirurgien opère avec un seul aide. La paupière supérieure étant relevée par un aide, l'opérateur abaisse l'inférieure, fait saillir le pli oculo-palpébral, le saisit vers l'angle interne ou externe avec une pince plate, à ressort et à pression, qui, abandonnée à elle-même, maintient par son poids le renversement de la paupière. L'œil est ainsi mis à nu dans l'angle que l'on veut opérer. » (Phillips, *loco cit.*, p. 224 qui a copié M. Cunier, *Ann. d'Oc.* IV, p. 28.)

II. *Myotomie sous-conjonctivale.* — L'extrait suivant d'une communication adressée à l'Académie des Sciences de Paris, (séance du 18 octobre), consigné dans la *Gazette médicale* de Paris (1841, nº 43) donnera la plus juste idée de la méthode de M. Guérin, que nous laissons parler :

« Le mémoire que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie est trop étendu pour que je puisse en donner une lecture complète. Les développements dans lesquels j'ai été obligé d'entrer sur l'anatomie des enveloppes et des muscles de l'œil et sur la physiologie de ses mouvements; les descriptions des instruments et des procédés que j'emploie, ne sont pas de nature à être exposés dans cette enceinte. Je me bornerai donc à donner une idée aussi succincte que possible de la méthode sous-conjonctivale, des principes sur lesquels elle repose, des procédés qui lui sont propres, des résultats qu'elle produit et des avantages qu'elle offre, comparativement aux autres méthodes de myotomie oculaire.

« La méthode sous-conjonctivale consiste à faire la section des muscles de l'œil sous les enveloppes fibreuses et muqueuses qui les recouvrent. Cette méthode n'est pas seulement caractérisée par des particularités d'exécution manuelle, mais elle repose sur des principes essentiels; elle a un but, elle emploie des moyens, elle produit des résultats qui lui sont propres. C'est une application de la méthode générale que j'ai fait connaître sous la dénomination de méthode sous-cutanée. Bien que les muscles de l'œil ne soient pas en réalité placés sous la peau, ni atteints en traversant cette dernière, ils sont logés sous des téguments, et la méthode sous-conjonctivale va les diviser avec les conditions et suivant les principes de la méthode sous-cutanée. Or, son but est de soustraire la plaie au contact de l'air; ses moyens consistent à faire de petites ouvertures au fascia sous-conjonctival, ou au moins des ouvertures extérieures qui ne correspondent pas, après l'opération, aux plaies musculaires, plus profondément situées. Enfin, ses résultats sont d'affranchir la plaie de tout travail d'inflammation suppurative, et de lui procurer, comme à toutes les plaies sous-cutanées, le bénéfice de l'organisation immédiate.

« Dans cette vue, j'ai imaginé deux procédés :

« Le premier, ou procédé par *dissection*, consiste à détacher, à l'aide d'une petite incision, la conjonctive et le fascia sous-conjonctival, le plus près possible de leur insertion oculaire, dans une étendue suffisante pour découvrir le muscle à diviser. Celui-ci étant mis à nu au moyen du renversement de la portion détachée du fascia, on le soulève sur une des branches mousses de ciseaux courbes, ou sur un crochet mousse, et l'on en fait la division dans un point plus ou moins éloigné de son insertion oculaire. Cette section opérée, la portion

du fascia renversée est remise en place, de manière que la plaie extérieure ou membraneuse cesse de correspondre à la plaie intérieure ou musculaire. C'est même là le caractère essentiel du procédé, celui qui le différencie complétement des méthodes ordinaires, et qui permet de le rattacher à la méthode sous-conjonctivale, dont il réalise d'ailleurs, dans le plus grand nombre des cas, les avantages.

« Le second procédé, ou procédé par *ponction*, est celui qui remplit, de la manière la plus rigoureuse et la plus précise, toutes les conditions de la méthode. Il consiste à faire une ponction au fascia sous-conjonctival soulevé sur le côté du muscle à diviser; à introduire, par cette petite ouverture, un myotome doublement coudé, à extrémité mousse, à l'aide duquel on fait, sous les membranes de l'œil, la section d'un des muscles droits. Ce procédé réalise de tous points les principes de la méthode; il agit hors du contact de l'air; il opère sous les téguments et par une très-petite ouverture; il affranchit la plaie de tout travail d'inflammation suppurative, et lui procure constamment le bénéfice de l'organisation immédiate.

« Ces deux procédés ne sont pas indistinctement appliqués. Le premier convient surtout pour la section des muscles droits supérieur, inférieur et externe, et pour celle des muscles obliques; il est principalement indiqué dans les cas où il importe de détacher le fascia dans une plus ou moins grande étendue, et de détruire ainsi tout ce qui peut retenir l'œil bridé dans une direction vicieuse, comme dans les cas de strabismes très-anciens et d'un degré très-considérable. Le procédé par ponction est préférable pour la section du droit interne, et dans des cas de strabismes moins anciens et d'un degré moins prononcé. On remarquera toutefois que, par le fait, ce

dernier procédé est le plus fréquemment mis en usage. Sur 171 opérations de strabisme que j'avais pratiquées à l'époque où j'ai rédigé ce mémoire, j'ai eu recours 45 fois au procédé par dissection et 126 fois au procédé par ponction. On trouvera, du reste, dans mon mémoire, tous les détails relatifs aux conditions différentielles qui règlent l'emploi de l'un ou de l'autre de ces deux procédés.

« On trouvera également dans mon mémoire l'exposition des principes qui m'ont permis de poser des indications précises relatives aux cas où la méthode sous-conjonctivale doit intervenir, aux cas où elle n'est pas applicable, à ceux où elle guérit complétement, à ceux où elle ne produit que des améliorations ; mais je résumerai ici en peu de mots les avantages immédiats et les avantages consécutifs d'un ordre plus matériel, qu'il est plus facile de mettre en regard des résultats propres aux autres méthodes de myotomie oculaire.

« Des 171 opérations de strabisme dont j'ai parlé, 79 ont été pratiquées en ville et 92 en public à l'Hôpital des Enfants. Je ne ferai porter que sur ces dernières les résultats que je vais présenter, parce qu'ayant été vues et suivies par un grand nombre de médecins, elles offrent un caractère d'authenticité qui répond plus directement et plus complétement aux attaques dont ma pratique a été l'objet. Sur ce nombre 92 opérations, il y en a 69 dont les résultats datent déjà d'assez loin pour pouvoir être sûrement appréciés aujourd'hui, 55 ont été pratiquées pour des strabismes convergents, 8 pour des strabismes divergents, et 6 pour des strabismes obliques.

« I. *Avantages immédiats.*—Le premier avantage immédiat de la méthode sous-conjonctivale est de reposer sur une connaissance plus exacte des rapports anatomi-

ques de l'œil avec ses muscles et ses enveloppes, ce qui la conduit à une exécution plus prompte et plus régulière. Sur nos 92 cas, la durée moyenne de chaque opération n'a pas dépassé deux minutes, tandis que, dans un grand nombre d'opérations pratiquées par d'autres méthodes, cette durée a été fréquemment de huit à dix minutes, et même d'un quart d'heure. Cette différence tient surtout à la connaissance précise de l'espace occupé par le tiers antérieur de chaque muscle droit, espace auquel j'ai donné le nom de *loge musculaire*.

« 1° L'opération est moins pénible, moins douloureuse, car elle substitue à une large ouverture, à une dissection étendue du fascia de l'œil, une simple ouverture, et, dans les cas les plus rares, une petite plaie linéaire.

« 2° La méthode sous-conjonctivale ne donne jamais lieu au moindre accident inflammatoire, et permet généralement, dès le troisième jour, l'exercice de la vision au moyen de lunettes. Par les méthodes ordinaires, il n'est pas rare de voir se développer des accidents inflammatoires plus ou moins graves, nécessitant des traitements antiphlogistiques longs et énergiques, qui n'ont pas toujours empêché la suppuration et même la perte entière de l'œil (1).

---

(1) De semblables accidents ont été observés à Londres, à Paris, à Berlin, (dans la pratique de M. Dieffenbach). etc. — M. Cunier n'a rien vu de semblable sur plus de 1400 opérations qu'il a pratiquées ; aussi nous est-il impossible de nous rendre compte de ce qui s'est passé ailleurs. Jamais nous n'avons noté le moindre accident inflammatoire. Cela tient-il à la manière d'opérer ? Cela doit avoir une cause... Nous voyons ici M. Guérin signaler comme un des avantages de sa méthode « qu'elle permet généralement dès le 3e jour l'exercice de la vision au moyen de lunettes. » Mais nous

« II. *Avantages consécutifs*. — Les avantages consécutifs de la méthode sous-conjonctivale sont plus faciles encore à constater, car ils peuvent être observés en tout temps, chez tous les sujets opérés par cette méthode, comparativement avec ceux qui l'ont été par les autres méthodes. Ces avantages peuvent être rapportés à cinq principaux :

« 1° Par les méthodes ordinaires, la cicatrisation de la plaie est longue ( ! ) et presque toujours traversée par la production de petites excroissances muqueuses qu'il faut exciser pendant plusieurs mois (1). Par la méthode sous-conjonctivale, au contraire, la cicatrisation est immédiate, et elle n'a pas offert ces productions dans les neuf dixièmes des cas.

« 2° Chez les sujets opérés par les méthodes ordinaires, la caroncule est plus ou moins complétement détruite (?), l'angle interne de l'œil déprimé, excavé ; l'œil paraît plus ouvert par suite de cette destruction. Chez les sujets opérés par la méthode sous-conjonctivale, la caroncule est parfaitement conservée; l'angle interne de l'œil reste ce qu'il était avant l'opération, et l'on n'aperçoit aucune dépression, aucune trace quelconque de la cicatrice.

« 3° Chez les sujets opérés par les méthodes ordinaires, il y a presque toujours une saillie plus ou moins prononcée de l'œil opéré; cette exophthalmie fait un contraste désagréable avec l'œil sain. Cela tient à la dissection large des enveloppes fibreuses de l'œil et à son déchaussement pour aller à la découverte du muscle. Chez les

---

avons toujours vu cet exercice se faire dès le deuxième jour, et presque constamment sans lunettes : nous n'avons pourtant pas fait connaissance avec les accidents inflammatoires.

(1) Pendant plusieurs mois.... Voilà ce que nous n'avons pas encore vu.

opérés par la méthode sous-conjonctivale, il est extrêmement rare de rencontrer cette différence de saillie des yeux, parce que, en effet, elle conserve les liens de l'œil, qu'il n'est pas nécessaire de diviser.

« 4° Chez les opérés par les méthodes ordinaires, il est très-commun d'observer l'abolition partielle et même totale du mouvement de l'œil dans le sens du muscle divisé, ce qui fait que, lorsque le sujet regarde de côté, l'œil opéré reste fixe ou à peu près, tandis que l'œil sain prend la direction qui lui est imprimée par la volonté. Cette circonstance donne au regard des sujets quelque chose d'étrange, d'hébêté, et l'apparence d'un strabisme tout particulier pendant les mouvements latéraux des yeux. Cette grave imperfection, que je n'ai pas constatée deux fois sur cent par la méthode sous-conjonctivale, tient exactement à la manière différente de procéder des deux méthodes. Les méthodes ordinaires professent qu'il faut éviter la réunion des deux bouts du muscle divisé, dans la crainte des récidives; plusieurs ont même établi en principe la nécessité d'exciser une portion du muscle. Ce principe et cette pratique ont pour effet de faire cicatriser et adhérer le bout postérieur du muscle sur un point plus ou moins postérieur du globe oculaire; d'où une perte de mouvement proportionnelle à la réduction de longueur du muscle opéré et au raccourcissement de l'arc de cercle qu'il peut faire décrire à l'œil en se contractant. Il arrive encore, ainsi que nous l'avons constaté, même alors qu'on n'avait pas pratiqué l'excision d'une portion du muscle, que le bout postérieur ne se soude pas au globe oculaire, mais reste adhérent au fascia, ou se retire dans sa gaîne; et il en résulte une perte à peu près complète du mouvement dans le sens du muscle opéré. La méthode sous-conjonctivale a pour principe, au contraire, de favoriser de tous ses efforts la

réunion des deux bouts du muscle divisé. Ses procédés, en respectant les parties qu'il est inutile de diviser, laissent à la matière de la cicatrice une route facile, une espèce de canal dans lequel le sang et la lymphe plastique, fournis par les deux moignons, vont à la rencontre l'un de l'autre et établissent la continuité du muscle. Les résultats de cette méthode sont d'accord avec ses principes.

« 5° Un dernier inconvénient des méthodes ordinaires, et qui ne le cède en rien aux précédents, est celui-ci : par suite du déchaussement considérable de l'œil, et par suite du défaut de réunion des deux bouts du muscle divisé, l'œil opéré reste plus ou moins dévié en sens contraire de la difformité. Il y a donc presque toujours un certain degré de strabisme consécutif substitué au strabisme qu'on a trop corrigé. Ce défaut, que j'ai rencontré chez la grande majorité des opérés par les méthodes ordinaires, est masqué au premier abord par une apparence de redressement passager dont il importe de bien connaître le mécanisme. Ces méthodes n'opèrent ordinairement qu'un œil à la fois, bien que les deux yeux soient généralement atteints, à des degrés différents, de la difformité. Le résultat de l'opération est de produire du côté opéré un excès de redressement, tandis que, du côté non opéré, il reste un certain degré de déviation. Ce qui manque d'un côté équivaut, en quelque façon, à ce qu'il y a de trop de l'autre. En effet, comme, dans le regard attentif, les deux yeux se dirigent vers l'objet regardé, l'œil opéré et trop divergent parcourt, en se portant en dedans pour se redresser, un arc de cercle égal à celui que parcourt, en se portant en dehors, l'œil qui n'a pas été opéré, et qui reste atteint d'un certain degré de convergence. Le premier cède ainsi au second ce qui lui manque, et les deux yeux paraissent parfaitement re-

dressés pendant le regard actif. Mais si on les observe quand le sujet ne regarde pas, lorsqu'il est distrait, on s'aperçoit aisément que les deux yeux sont déviés d'une certaine quantité : l'œil opéré un peu en dehors, l'œil non opéré un peu en dedans. Les sujets ont toujours l'air de regarder de côté. Aucun des opérés par la méthode sous-conjonctivale n'a offert cet inconvénient.

« Ainsi, sous le rapport de la durée de la cicatrisation, des traces de l'opération, de la dimension et de la saillie des yeux, de leurs mouvements et de leur direction, la méthode sous-conjonctivale ne donne lieu à aucun des accidents que je viens de signaler, et ses résultats sont au contraire empreints de ce degré de perfection que l'on doit toujours chercher à atteindre. Mais ces avantages, est-il vrai qu'elle ne les obtienne qu'au prix d'inconvénients graves ?

« On a dit que cette méthode est d'une exécution difficile, peu sûre, dangereuse même, et qu'elle favorise les récidives.

« Nous allons répondre en peu de mots à chacune de ces allégations.

« La difficulté de l'opération ne pourrait être invoquée comme une objection sérieuse, que si les résultats n'étaient pas constamment supérieurs à ceux d'autres méthodes réputées plus faciles, car on n'a jamais vu considérer dans les arts, et surtout en chirurgie, la difficulté d'une méthode, quand elle est réellement meilleure, comme une raison de lui en préférer d'autres moins bonnes. S'il était vrai, en effet, que la méthode sous-conjonctivale fût d'une exécution plus difficile que les méthodes vulgaires, la facilité de ces dernières entraînerait l'inconvénient grave de favoriser la production de résultats fâcheux, grossiers ou imparfaits. Mais la méthode sous-conjonctivale n'est pas plus difficile que les

autres méthodes : elle exige seulement des connaissances plus rigoureuses, et une plus grande habitude de manier l'instrument, parce qu'elle est plus anatomique, plus délicate et plus précise.

« On a déclaré la méthode sous-conjonctivale peu sûre, et l'on a trouvé le préjugé favorable à cette allégation. On est plus certain, a-t-on dit, de ce qu'on fait, de ce qu'on coupe, en voyant les parties sur lesquelles on opère, que quand on opère sous la peau ou sous les membranes de l'œil; et beaucoup de personnes ont répété cela sans examen ni preuves. Donnons de suite la mesure de ce que vaut cette objection, en disant que sur 92 opérations faites en public (je ne parle pas de celles qui n'ont eu pour témoins que quelques confrères et amis), sur 92 opérations faites à l'hôpital des Enfants, en présence de tous ceux qui ont voulu les voir, il ne m'est pas arrivé une seule fois de ne pas diviser le muscle en totalité. Ce résultat que j'atteste hautement, parce qu'il n'a pas à craindre de contradiction, devrait suffire. Mais on peut aussi aisément s'en rendre raison, qu'il est aisé de le reproduire, en procédant avec les notions et les principes de la méthode. Je l'ai déjà dit, la méthode sous-conjonctivale ne procède pas au hasard, ou à peu près ; elle est guidée par des notions d'anatomie topographique et de rapports d'une grande rigueur. Elle sait qu'à tel point déterminé du fascia sous-conjonctival correspond la loge musculaire ; elle sait que cette loge une fois ouverte, il est impossible de ne pas glisser entre le globe oculaire et le muscle; elle sait que le muscle chargé sur l'instrument résiste, que sa section s'annonce par un bruit de craquement, par la sensation d'une résistance vaincue; elle a en outre un caractère rigoureux s'il en fût, bien plus rigoureux que tous ceux que donne la vue proprement dite; c'est que, lorsque le

muscle est divisé, le mouvement qu'il desservait est aboli, et ce n'est qu'à la condition de cette abolition de mouvement que la méthode sous-conjonctivale regarde la section du muscle comme complète, comme certaine. Je le répète, ce caractère seul donne à la méthode une rigueur de certitude que ne donnerait pas la simple vue; ce qui m'a fait dire avec une apparence paradoxale que je suis plus certain de couper complétement le muscle sous ses membranes qu'à découvert, sans le voir qu'en le voyant : car tous les chirurgiens savent qu'il est fort difficile d'apercevoir au milieu d'une plaie sanglante tous les éléments qu'elle renferme.

« La méthode sous-conjonctivale, au lieu d'être plus dangereuse que les méthodes ordinaires, n'expose pas comme elles, ainsi que nous l'avons déjà dit, aux accidents inflammatoires. Quant aux accidents dont l'exécution opératoire serait susceptible, ils sont complétement chimériques. L'instrument à l'aide duquel la méthode sous-conjonctivale divise le muscle est tout à fait mousse. Le danger viendrait donc de la ponction faite au fascia avec un instrument acéré; mais ici l'opérateur agit à découvert, comme dans les autres méthodes. La ponction est l'analogue de l'incision commune à toutes ces méthodes; et jusqu'ici il ne nous est pas plus arrivé de blesser l'œil en faisant cette opération, dont le siége et la direction mettent entièrement le globe oculaire à l'abri, qu'il n'est arrivé à personne que je sache d'ouvrir l'œil dans les incisions pratiquées à ses enveloppes fibreuses, par les méthodes ordinaires. Je le répète, jamais en aucun temps, dans aucun cas, la méthode sous-conjonctivale n'a donné lieu au plus petit accident qui dût légitimer l'imputation de dangereuse qu'on a dirigée contre elle.

« Enfin, cette méthode ne favorise pas les récidives. Ré-

pondons d'abord par les faits. Sur 92 opérations que j'ai pratiquées publiquement à l'hôpital des Enfants, il n'y a eu que 6 récidives, ou plutôt 6 guérisons incomplètes, lesquelles ont eu leurs motifs très-rationnels dans certaines conditions spéciales, comme l'âge très-avancé des sujets, le degré extrême de la difformité, etc. Cette proportion de succès immédiats me paraît de nature à justifier la méthode du reproche d'exposer à des récidives; et peut-être que les autres méthodes, si elles réglaient leurs comptes de la même manière, seraient surprises de n'avoir pas des résultats aussi satisfaisants.

Quoi qu'il en soit, je dois immédiatement expliquer comment il se fait qu'en favorisant la réunion des deux bouts du muscle divisé, circonstance que les autres opérations appréhendaient si fort, et regardent sans doute comme le motif *à priori* de leur prévention contre ma méthode, nous n'avons cependant presque jamais eu de récidives dues à l'insuffisance de la cicatrice. Dès le troisième et même le second jour, nous assujétissons l'œil ou les yeux opérés à une position constante ou presque constante qui maintient les deux bouts du muscle divisé dans un écartement tel que le tissu intermédiaire acquiert toute la longueur dont il a besoin. Ce résultat, nous l'avons réalisé par l'usage de lunettes garnies et fermées de manière à intercepter le jour de toutes parts, excepté dans une portion d'un des deux verres, correspondante au côté dans le sens duquel il importe de ramener et de maintenir l'œil dévié. Cette pratique ne nous a jamais fait défaut (1); elle est, à nos

(1) M. Guérin omet de dire que les lunettes qu'il emploie sont celles dont M. Cunier a donné la description et la figure.

yeux, aussi indispensable qu'elle est certaine dans ses résultats ; car, sans son concours, nous aurions à craindre le retour de la difformité, par suite du retrait de la cicatrice ; et avec son concours, nous pouvons profiter en toute sécurité du bénéfice de la réunion des deux bouts musculaires, par la substance intermédiaire de nouvelle formation.

« Tels sont les avantages de la méthode sous-conjonctivale comparée aux méthodes ou procédés ordinaires de myotomie oculaire. J'aurai donné une confirmation irréfragable de ces avantages, en ajoutant que depuis quelques mois déjà plusieurs chirurgiens partisans des méthodes primitives, et assez mal disposés d'abord pour la méthode sous-conjonctivale, ont avoué la plupart des imperfections que nous avons signalées dans les résultats de leur pratique, et se sont insensiblement rapprochés de nos principes et de notre manuel opératoire. Il faut bien le reconnaître toutefois, en perfectionnant graduellement leurs méthodes, ils n'ont pas eu du tout en vue d'imiter la nôtre ; car ils n'en ont pas dit mot. Mais, s'ils n'ont pas cru sincèrement se rapprocher de la méthode sous-conjonctivale, celle-ci n'en est pas moins flattée et ne leur doit pas moins de reconnaissance pour le pas qu'ils ont fait instinctivement vers elle. »

C. *Guérison du strabisme d'un léger degré, sans division musculaire.* — L'analyse suivante

---

dans ses *Annales d'Oculistique* (septembre et octobre 1840). C'est à M. Cunier que revient incontestablement d'avoir montré combien il était indispensable, dans la majorité des cas, de recourir à l'exercice orthophthalmique.

d'un travail publié sous ce titre par M. Dieffenbach dans la *Casper's Wochenschrift* (1841, n° 36, *Gaz. méd.*) nous a paru trouver sa place ici.

Lorsque le strabisme n'est pas très-prononcé, il se peut que, par la division d'un muscle, l'œil soit porté en sens inverse par le muscle antagoniste, et que par exemple un strabisme interne faible devienne par l'opération un strabisme externe; pour éviter ce grand inconvénient M. Dieffenbach a eu recours à une autre opération qui consiste à former un pli de plusieurs lignes de large et à exciser une portion de la conjonctive, ainsi que du tissu cellulaire au côté externe du globe de l'œil, tout près de l'insertion du muscle droit externe, si le strabisme est interne. Il soulève la conjonctive (sic) avec un petit crochet, forme un pli et le retranche avec des ciseaux courbes sur le plat; il est indispensable d'emporter une portion de la conjonctive oculaire (sic). Si le strabisme à un faible degré est externe, on peut avoir recours à la même opération; seulement en la pratiquant en dedans il faut enlever une plus grande portion de la conjonctive; car, d'après l'auteur, le strabisme interne est dû à l'action prédominante du muscle droit interne sur l'externe, qui reste à l'état normal; dans le strabisme externe ce ne serait pas une action prédominante du muscle externe, mais une paralysie ou au moins un affaiblissement du droit interne. Le traitement consécutif ne présente rien de particulier; on lave la plaie avec de l'eau froide; il est bien entendu que la guérison est alors due au raccourcissement de la conjonctive(1).

---

(1) En combinant la suture avec l'excision, comme le fait M. Cunier, le résultat sera bien plus certainement obtenu. (Voir ci-dessous, p. 310).

L'auteur est aussi arrivé au même résultat, surtout dans le strabisme externe faible, en cautérisant la conjonctive de l'angle de l'œil opposé. Dans ce cas, M. Dieffenbach attribue la guérison non-seulement au raccourcissement de la conjonctive et à l'épaississement du tissu cellulaire sous-jacent, mais aussi à la stimulation du muscle affaibli. Une seule cautérisation suffit quelquefois pour redresser le globe; il faut laver celui-ci avec de l'eau froide immédiatement après l'avoir fortement touché avec la pierre infernale. M. Dieffenbach dit n'avoir jamais vu survenir de fortes inflammations à la suite de la cautérisation.

D. *Casuistique.*—M. Cunier a révoqué plusieurs fois en doute la continuité non-interrompue des succès de M. Dieffenbach; le passage suivant, que nous extrayons de la dissertation (de *Myotomiâ oculi*, Hauniae, mars 1841) de M. N. G. Melchior prouve combien M. Cunier avait raison, lorsqu'il écrivait qu'il fallait se mettre en garde contre les assertions du professeur de Berlin et de ses enthousiastes (v. *Ann. d'Ocul.*, juin, septembre, octobre 1840, et la préface de son ouvrage sur la *myotomie*, etc.) Voici comment s'exprime M. Melchior, pag. 90-92 :

« *Cum fama nobis de multis operationibus Dieffenbachii retulisset et contendisset, omnes fuisse omnino prosperas; egoque jam septem fecissem, quarum nonnullis non omnino contentus essem; eodem dubio ac Cunier* (v. *Schmidt's Jahrbucher*, 1841, *H. I, pag.* 95), *et Lucas* (v. *The Lancet*, 1840 *et* 41, *vol. I*, *pag.* 109) *de veritate hujus rei captus sum, itaque Berolinum profectus, ibique octo dies commoratus, rem aliter se habere, mihi persuasi....... Accurate*

*notavi et examinari uniuscujusque operati nomen, aetatem, munus, tempus, quo operatus est, rationem denique operationis, quantum id quidem fieri potuit, et fere semper, ut haec ipsa accuratius fierent, in his visitationibus habui comitem doctorem Bamberg aut Schulz. Ex* 44 *strabis, quos Berolini examinavi,* 21 *in ambobus oculis operati erant;* 28 *erant foeminae,* 16 *viri inter quintum et quadragesimum quartum annum,* 5 *erant bis operati. Ex illis* 44 *erant* 10, *quorum* 5 *in ambobus oculis operati erant, o m n i n o c u r a t i....* 15, *quorum* 4 *in ambobus oculis, a d m o d u m p r o s p e r e operati erant. In* 9, *ex quibus* 5 *in ambobus oculis operati erant, p a r u m m o d o vitium diminutum erat. In* 10, *quorum* 7 *in ambobus oculis operati, s t a t u s i d e m a u t* PEJOR *e r a t quam ante operationem, quorum imprimis nomino Lad., sutoris filiam, novem annos natam, quae bis operata, et in qua secunda vice ambo recti externi secti erant, et fila, exterioribus finibus utriusque musculi adfixa, decussatim supra nasum posita erant. Nihilominus ambo oculi, qui admodum fixum obtutum habentes in orbita prominebant, extrorsum vergebant, et tum, primo Augusti, quatuor hebdomades post secundam operationem effluxerant; in illa etiam diplopia. Tamen nunquam diplopiam tanti gradus vidi, quam in Gr., mercatoris filia,* 10 *annos nata, cujus oculi, ante quatuor menses operati, extrorsum vergebant. Nunquam strabismum divergentem tanti gradus, quam in oculo sinistro Eil., filiae vigilis nocturni,* 15 *annos natae, quae bis operata erat, prima vice ob contrarium vitium oculi sinistri; diplopiam adfuisse annotem*

*vix necesse est. In una puella, Pah., 18 annos nata, in qua ab initio ob strabismum divergentem rectus externus sectus erat, magnopere convergebat imprimis oculus sinister, ut jam omnino non valeret eum extrorsum movere. Fieri potest, ut ego casu multos infeliciter à Dieffenbachio operatos viderim. Eum alia periodo magis infelicem fuisse quam in aliis (Dieffenbach ipse mihi tum narrabat se fere* 400 *oculos strabones jam operasse) contenderunt multi, imprimis in ea periodo, in qua partem musculi divisi abstulerit, musculum nimis solverit, plures musculos simul secuerit. Ex illa periodo fortasse etiam erat illa prominentia bulbi tam deformans; ita memini, me hanc vidisse in Thur, puella* 16 *annos nata, cujus oculus dexter ante quatuor menses operatus erat. De illa foemina Phillips in libro, La Chirurgie de M. Dieffenbach*, (1840), *inscripto, pag.* 69 *dicit: Les suites de cette opération furent très-heureuses. Unum praeterea operatum, a Phillips descriptum, in albo meo habeo, Meyer dictum, de quo Phillips p.* 67 *dicit: Meyer âgé de dix ans fut opéré le* 17 *février et guérit rapidement, cujus pueri familia mihi narravit, curam post operationem plures menses durasse, et jam oculus non operatus strabus erat. Igitur non solum cum Zeis* (v. *Schmidt's Jahrbucher, B.* 27, 1840, *pag.* 376), *conqueror, Phillips esse nimis brevem in relationibus suis de operationibus Dieffenbachii in strabonibus, sed etiam eum illas operationes minus recte atque accurate descripsisse.* »

Cette citation, nous tenons immensément à ce

que cela soit constaté, justifie pleinement les assertions de M. Cunier.

Le jugement porté par M. Melchior et par M. Zeis, sur la manière dont M. Phillips a rapporté les faits qu'il a observés à Berlin, nous rappelle ce qu'en disait M. Cunier (*Ann. d'Oc.* sept. 1840) : « M. Phillips (*La chir.* etc.) s'extasie devant les « beaux résultats de l'opération ; le chapitre qu'il « consacre à la contorsion oculaire peut se résumer « en ces mots : *Un strabisme étant donné, cou-* « *pez le muscle dans la direction duquel existe* « *la déviation, et crac!.... l'œil reprend sa rec-* « *titude normale!!!....*

Nous avons vu ci-dessus, qu'il y a beaucoup à retrancher dans la réalité de ce qu'a écrit M. Phillips au sujet des opérations de M. Dieffenbach. Mais que penser des 100 cas de réussite continue, par lesquels a débuté le chirurgien de Liége? C'est à St-Pétersbourg que ce résultat a été obtenu ; il y a trop loin d'ici là pour que nous allions nous y enquérir de la vérité des faits. La *medical Review* (1841) se montre assez incrédule : « Nous ne pouvons pas, dit-elle, « parler de l'ouvrage de M. Phillips dans les termes « du moindre éloge, parce que cette narration « pompeuse (*blashoning*) de cent cas de succès « non-terni (*unternished*) nous paraît être desti- « née à capter (*ad captandum*.) »

L'événement a justifié l'opinion du rédacteur de la *Revue médicale anglaise*.

A Paris, M. Bouvier a suivi ses opérations. Voici les résultats obtenus (1) sur un total de 100 per-

(1) De la ténotomie, etc., p. 563-564.

sonnes opérées, (quelques-unes l'ont été des deux yeux) :

*Strabisme convergent.*

13 strabismes devenus divergents;
69 ont été bien redressés ;
24 n'ont pas été redressés immédiatement;
10 ont été incomplétement redressés ;

Pour résultat définitif, M. Phillips a obtenu :

75 bien redressés;
16 incomplétement redressés;
5 nullement redressés ;
5 dirigés en dehors ;

Dans le nombre de treize strabismes divergents (consécutifs à la section du droit interne), un a été opéré des deux yeux, et un autre a été opéré deux fois sans succès.

*Strabisme divergent.*

Le résultat immédiat a été :

10 non redressés immédiatement ;
3 incomplétement redressés ;
3 nullement redressés ;

Et comme résultat définitif:

9 redressés consécutivement ;
1 nullement redressé;
Et les autres incomplétement.

Trois fois M. Phillips a coupé trois muscles ; un de ces malades a été opéré des deux yeux. Tous ont eu les deux yeux bien redressés, *mais ils ont conservé une exophthalmie et la chute de la paupière inférieure*. (inférieure ?)

Tels sont les résultats auxquels est arrivé M. Phillips. En 1840, il ne comprenait pas la possibilité d'un revers ; il en est arrivé maintenant à devoir écrire (op. cit. p. 329) :

« *Les trois quarts des sujets opérés guéris-*
« *sent parfaitement bien. Il y a un vingtième*
« *d'insuccès, c'est-à-dire de non-redressement;*
« *un vingtième où les yeux sont dirigés dans*
« *une direction opposée au strabisme que l'on a*
« *voulu guérir; et enfin, on compte un quin-*
« *zième de demi-succès, c'est-à-dire de redres-*
« *sements incomplets.* »

Après cet aveu, M. Phillips se demande : « *Exis-*
« *te-t-il des strabismes qui ne puissent pas être*
« *redressés?* » Sa réponse est : « *Jusqu'à ce*
« *jour je n'en ai jamais vu.* » Voilà qui est assez fort. Un vingtième de ses louches opérés sont restés *louches*, et « *il n'a jamais* vu *de strabismes* IRREDRESSABLES !!!...

M. Baudens a suivi M. Phillips dans la voie des succès non interrompus. « Notre auteur, disent les *Archives générales de médecine* (1841, p. 258),
« pense que toutes les espèces de strabisme doi-
« vent être opérées. Il s'élève contre la distinction
« et les réserves qui ont été faites par d'autres, et
« il les traite de sophismes et de subtilités. Sans
« doute, dit-il, il serait commode pour les opéra-
« teurs de se conserver une *soupape de sûreté*,
« et de pouvoir dire, en cas d'insuccès, il existe
« diverses espèces de strabismes, *fonctionnels* par

« exemple, et *musculaires;* les premiers doivent « échouer, même après l'opération la mieux faite, « et les seconds seuls réussir. M. Baudens crie très-« haut qu'il ne reconnaît pas de strabisme incura-« ble, et il demande dans un style un peu vantard « que les incrédules le mettent à l'épreuve ; il se « rendra à l'évidence s'il échoue. »

M. Phillips, dont les opérations ont été dans le principe si merveilleusement heureuses, parle des réussites constantes en général et de celles de M. Baudens en particulier, dans les termes suivants:

« Pendant les quelques mois qui viennent de s'écouler, « nous avons entendu annoncer de si nombreux et de si « brillants succès, que nous nous sommes demandé si « les deux grands chirurgiens qui disent n'avoir jamais « *éprouvé* (sic) d'accidents, exécutaient une opération « dont la base était différente de celle sur laquelle re-« pose celle que nous faisons (!!!). Mais lorsque nous « avons eu connaissance des résultats réels de leur pra-« tique, nous avons pu apprécier la valeur de leurs as-« sertions: comme leurs annonces dépassaient la réa-« lité des faits, comme l'affiche était plus séduisante que « le spectacle même, il a bien fallu chercher la cause de « ces mensonges : ils ont été les résultats, forcés peut-« être, d'une vanité blessée, de ce qu'on ne pouvait *oser* « avec les chirurgiens de Paris, ce que l'on *osait* impu-« nément avec des aides et des sous-aides; et d'une part « ces petits mensonges ont de même été, forcément sans « doute, produits dans le public, afin de sortir d'une « position plus ou moins équivoque. — L'annonce de ces « succès, toujours et constamment si beaux, nous ONT « d'abord effrayé!.. (*De la ténotomie*, p. 318-319).

« D'après ce qui est écrit dans ce travail, dit encore

« M. Phillips, on voit qu'il ne faut accorder aucune im-
« portance à ce que M. Baudens a écrit relativement à
« ses succès constants. J'ai rapporté plusieurs faits qui
« démentent son assertion, et je suis convaincu qu'il
« pourrait, s'il voulait s'en donner la peine, publier une
« série d'observations d'insuccès primitifs et d'accidents
« consécutifs. Ce travail serait intéressant à connaître,
« et utile à la pratique, parce qu'il aurait pour base un
« nombre considérable de faits. »

Quel changement s'est donc opéré en M. Phillips depuis son séjour à Paris!... *Quantum mutatus ab illo!!*

Ecoutons maintenant ceux qui ont écrit plutôt pour éclairer leurs confrères, que pour allécher les clients :

« M. d'Ammon, écrit M. Fleussu (*Bulletin méd. belge*, nov. 1841), expose (*die Behandlung des Schielens durch den Muskelschnitt*) les résultats de 72 opérations faites à Dresde, tant par lui que par MM. Baumgarten, Zeis et Warnatz. 45 de ces opérations ont eu des résultats entièrement satisfaisants, 13 ont eu des résultats moins satisfaisants, et 14 ont totalement échoué. Parmi les premiers 45, on a été obligé de réitérer l'opération sur 3 individus, et il n'y a pas de doute que le chiffre des 13 opérations dont les résultats ont été moins satisfaisants eût beaucoup baissé si l'on avait pu revenir à l'opération. « Parmi les cas où celle-ci a échoué, il y avait des individus soit trop vieux, soit trop jeunes, chez lesquels les moyens orthophthalmiques ont été négligés »

M. Cunier, lui, a commencé par faire connaître des revers ; il a voulu instruire ses confrères en tra-

çant l'exposition fidèle de ses insuccès. Le passage suivant est extrait d'un article inséré dans ses *Annales* du mois de février 1841, (p. 222-225) :

« J'ai constaté depuis dix mois 47 récidives sur 169 louches, chez lesquels l'opération avait d'abord été couronnée de succès ; ce qui donne la proportion de 278 rechutes sur 1000 guérisons.

« Sur 12 récidives observées dans ma pratique, 7 ont été guéries en détruisant les adhérences formées, 4 par l'exercice orthophthalmique que tous avaient négligé dès les 2e, 5e, 6e, 7e, 8e, 20e, 21e, et 22e jours.

« En admettant que le nombre des récidives curables soit partout le même, — ce qui est fort au-dessous de la réalité — elles le seraient donc dans la proportion de 7 : 12, ou de 162 pour le chiffre de 278 rechutes sur 1000 guérisons.

« Mais la myotomie appliquée au traitement du strabisme ne date que d'hier et la plupart des chirurgiens manquent encore de notions exactes sur les causes et la nature de la difformité. L'expérience montrera bientôt quels sont les cas dans lesquels l'opération peut produire la guérison, quelle est la conduite à tenir après la section des muscles ; les récidives seront alors bien moins fréquentes, et les insuccès tous les jours plus rares.

« Que si les premiers opérateurs n'eussent point trompé leurs confrères en leur annonçant des succès toujours constants, la proportion des revers qui a été d'abord à Paris, de 1 sur 2, entre les mains des chirurgiens les plus habiles, se fût au moins maintenue : : 1 : 10 ; l'expérience et surtout l'étude du strabisme, l'ont déjà fait descendre à un taux

que je crois devoir porter (1) — en m'en référant à ce qui se passe en ce moment — : : 2 à 25, c'est-à-dire à 4 p. °/₀. Il est bien entendu que par *revers*, il ne faut pas entendre les opérations dans lesquelles les muscles ont été ou pas du tout, ou incomplétement divisés.

« Pour mon compte, j'ai échoué 12 fois, sur 71 opérations, dont 68 seulement ont pu être achevées (2), et sur les 9 qui restent, 3 eussent certainement pu être guéris par la section du grand oblique, opération que je n'ai mise en usage qu'à dater du mois d'août 1840.

« Une fois, le strabisme en dehors a été converti en interne ; je me suis assez longuement étendu sur ce fait, dans mon second article, pour ne plus m'en occuper ici.

« 6 revers, sur 68 tentatives, cela fait 8 ⁸/₁₀ ou 1 sur 11 opérés ; or je le demande, quelle est l'opération chirurgicale, de date aussi fraîche, qui offre de plus beaux résultats. »

M. Cunier disait en terminant :

« On arrivera bientôt à des réussites presque

---

(1) Cette proportion est établie sur un chiffre de plus de 300 opérés, tant en Belgique qu'à Paris, Londres, et en Hollande. Je ne fais pas entrer en ligne de compte, les opérations de MM. Phillips et Dieffenbach, qui ne parlent que de leurs succès. »

(2) Deux fois il m'est arrivé, par le fait de l'indocilité des malades, une fois à cause d'une hémorrhagie abondante, de ne pouvoir arriver à diviser entièrement le muscle. Ce sont là trois opérations inachevées, — qui ne doivent pas figurer dans une statistique, — et non des revers. »

« constantes; mais ceux-là seuls les obtiendront, « qui comprendront qu'il y a pour cette opération « des *indications* et *contre-indications*, basées « tant sur l'état actuel et la nature de la contorsion « de l'œil, que sur les causes qui y ont donné nais- « sance : ceux-là seront *les plus heureux*, qui « n'opéreront pas à tort et à travers. »

En juin 1841, M. Cunier avait obtenu les résultats suivants (Ibid. vol. V, p. 140):

« Sur 219 louches qui ont subi la myotomie oculaire au dispensaire ophthalmique de Bruxelles, depuis le 1er octobre 1840, jusqu'au 31 mai 1841, 67 ont été opérés des deux yeux, 152 d'un seul œil; — ce qui fait en tout 286 opérations.

« Le succès a été complet chez 213 louches; dans *trois cas* de strabisme *ankylosé* le mouvement en sens opposé à la diviation a seulement été rendu possible; deux fois le résultat a été négatif; chez un sixième louche, il y a eu récidive, et une seconde opération n'a remis l'œil dans sa situation normale, que pour le voir se dévier de nouveau dès le septième jour.

«Quatre fois il y a eu récidive, mais elle a cédé à une nouvelle opération. »

Voilà donc en somme, *six insuccès*, sur 286 opérations; et encore ces insuccès ont-ils été en partie détruits. C'est là ce que nous apprend M. Fleussu (*Ann. de la Société des Sciences médic. et nat. de Malines*, 1841, p. 36—39).

« Jamais, dit M. Fleussu, opération n'a été ac- « cueillie avec autant d'enthousiasme que la stra- « botomie. On ne vit dans la cure du strabisme par « la myotomie qu'une opération simple et facile, et « chacun se mit à l'œuvre. On s'arracha les louches, « on les courut comme du gibier propre à nourrir,

« à engraisser la réputation. Malheureusement, la « plupart négligèrent de s'exercer sur des yeux de « cadavres, sur des yeux d'animaux vivants; le « plus grand nombre perdirent de vue qu'il fallait, « avant tout, posséder des notions exactes sur l'a- « natomie des muscles oculaires et de leurs adja- « cences. Aussi que de déboires n'avons-nous pas « vus chez nous ? Que de séances *strabotomiques*, « pompeusement annoncées et terminées par un « échec complet, après un temps infini consa- « cré par l'opérateur à rechercher le muscle à « couper ! !

« D'autres, plus sages, ont commencé par s'en- « tourer de ces connaissances indispensables ; ils « ont étudié jusques dans ses moindres détails les « causes, les variétés du strabisme, et ils sont ainsi « arrivés à des succès qui sont d'autant plus frap- « pants, qu'entre les mains de leurs confrères l'o- « pération demeure presque toujours sans résultat « et est fréquemment suivie d'accidents plus ou « moins graves.

« J'ai servi d'aide depuis un an dans plus de six « cents opérations de strabisme pratiquées par « M. le docteur Cunier au Dispensaire ophthalmique « de Bruxelles, avec un succès constant (les échecs « sont au nombre de 4, donc 0²/³ pour cent (1); j'ai

(1) M. Phillips, qui a, dit-on, de si beaux succès, rapporte dans ouvrage sur la *Ténotomie* p. 324, que les trois quarts seulement des sujets opérés par lui ont été parfaitement redressés. Il est donc loin, fort loin, d'atteindre la perfection à laquelle nous sommes parvenus.

(*Note de M. Fleussu.*)

tain degré de strabisme externe, m'eût nécessairement conduit à recourir à l'opération que je viens de décrire, lorsqu'un strabisme se forme en sens opposé au muscle divisé, si déjà je ne l'avais mise en usage dans un cas analogue, dont j'ai fait mention dans la lettre que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie le 16 octobre passé. Une communication faite en août dernier à la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines par M. le docteur Fleussu (voir *Archives de la médecine belge*, octobre, p. 176) prouve encore que j'en avais depuis longtemps conçu l'idée. Mais cet accident a été si rare dans ma pratique, que je n'ai trouvé qu'une seule fois l'occasion de le combattre par mon procédé, qui remplacera ici la section de l'abducteur que l'on est dans l'habitude de pratiquer, et à laquelle j'ai moi-même eu recours chez l'un des trois seuls malades (parmi les 14 ou 1500 que j'ai opérés), qui m'aient offert des exemples de déviation en sens opposé au muscle divisé.

Le 22 novembre, M. Jules Guérin a lu à l'Académie des Sciences, un mémoire intitulé : *Moyen de combattre la saillie, la déviation et la perte du mouvement des yeux, consécutives à l'opération du strabisme.* Voici l'extrait que M. Guérin lui-même (*loc. supra cit.*) donne de ce travail :

« Ces trois accidents, consécutifs à l'opération du strabisme, dépendent :

« 1° De ce que les enveloppes de l'œil, fascia et conjonctive, ont été détachées dans une trop grande étendue, et se sont insérées consécutivement plus ou moins en arrière de la portion du globe oculaire, à laquelle elles s'insèrent à l'état normal ;

« 2° De ce que le muscle divisé pour remédier au

strabisme présente l'une des quatre dispositions suivantes : ou bien les deux bouts du muscle sont réunis sans avoir contracté d'adhérence vicieuse avec les parties environnantes, mais le muscle est resté trop long ; ou bien les deux bouts du muscle sont réunis ; mais la portion intermédiaire a contracté de fortes adhérences avec le globe oculaire et avec la face correspondante du fascia ; ou bien, les deux bouts ne s'étant pas réunis, le bout postérieur, séparé de l'antérieur, s'est greffé sur un point postérieur du globe oculaire ; ou bien, enfin, le bout postérieur, séparé de l'antérieur, n'a contracté aucune adhérence avec la sclérotique, et ne s'est pas rattaché à l'œil.

« Les causes matérielles de ces trois accidents, étant ainsi ramenées à leur plus simple expression, fournissent pour ainsi dire d'elles-mêmes les indications à remplir pour les faire disparaître. Si, d'une part, les liens de l'œil sont relâchés ou détruits, il s'agit de les resserrer ou de les rétablir ; si, de l'autre, le muscle est trop long, il faut le raccourcir ; s'il a contracté des adhérences vicieuses, il faut détruire ces adhérences, et leur substituer une insertion qui se rapproche le plus possible de la normale ; si enfin le muscle est resté détaché de son bout correspondant, ou même ne s'est pas du tout réuni à l'œil, il s'agit de renouer ces deux bouts, ou de rattacher le muscle lui-même au globe oculaire. Aucune de ces indications n'avait été posée jusqu'ici. Pour mieux faire comprendre le système d'opérations à l'aide duquel je les ai remplies, je vais rapporter, avec quelques détails, une des applications que j'en ai faites.

« Une demoiselle de province, âgée de 18 ans, m'a été présentée il y a deux mois environ ; elle avait été opérée dans sa ville natale pour un strabisme convergent double très-prononcé. A la suite de cette première opé-

ration, les deux yeux, devenus très-saillants, s'étaient fortement déviés en dehors, et ils ne pouvaient plus être ramenés en dedans, du côté droit principalement. Le chirurgien qui avait pratiqué les deux premières opérations tenta en vain de remédier à ces accidents en faisant la section et même la résection du droit externe du côté droit. Cette opération, réitérée trois fois au dire de la malade, n'amena aucune amélioration. Au contraire, des adhérences considérables entre le fascia oculaire, le fascia des paupières et la glande lacrymale, complétèrent l'immobilité de l'œil. De ce côté, en effet, le bord externe de la cornée touchait habituellement l'angle externe des paupières, et, dans les plus grands efforts, la malade ne pouvait faire voyager l'œil en dedans que de quelques millimètres. A gauche, la déviation de l'œil en dehors était presque aussi considérable, mais il pouvait être ramené au centre de l'orbite, sans toutefois dépasser cette position d'un millimètre. La malade était dans cet état depuis cinq mois environ, lorsqu'elle est venue me consulter. Elle avait recueilli les avis de plusieurs autres chirurgiens de Paris : les uns avaient déclaré le mal au-dessus des ressources de l'art; les autres s'étaient bornés à conseiller la section déjà pratiquée des droits externes, regardant toute autre opération comme inutile; ils ne laissaient d'ailleurs pas espérer grand résultat de la dernière ressource à laquelle ils s'arrêtaient.

« Pour moi, qui croyais m'être rendu compte d'une manière plus précise de la nature des accidents, je consentis à tenter les opérations suivantes :

« La malade étant couchée comme pour l'opération du strabisme, je commençai par détruire les adhérences qui existaient à l'angle externe de l'œil droit; je découvris ensuite le siége présumé du muscle; mais, à la

place du tiers antérieur de ce dernier, il n'existait que des lames fibreuses intimement unies à la sclérotique. Ayant pénétré plus profondément, je trouvai les débris de la gaîne musculaire et la portion postérieure du muscle, confondus avec les points correspondants de la sclérotique. Je disséquai le tout avec beaucoup de précaution, j'arrivai à détacher ce qu'il restait du muscle, ainsi que la portion de fascia qui occupait la place de son bout antérieur. Ce dernier paraissait avoir été excisé. Ayant détruit ainsi tous les liens qui retenaient l'œil bridé en dehors, j'essayai de le faire ramener en dedans au moyen de la contraction du droit interne; mais il resta à peu près aussi dévié et aussi immobile qu'avant le premier temps de l'opération. Des tractions exercées au moyen d'une airigne me permirent de le ramener dans une adduction complète. Je m'assurai ainsi que j'avais détruit toutes les adhérences et tous les obstacles au redressement de l'œil. Je m'occupai immédiatement de maintenir ce redressement, et d'en rétablir les agents physiologiques.

« Je découvris l'emplacement du droit interne; je rencontrai d'abord, comme dans l'angle externe, une portion de cicatrice dure, nacrée, très-adhérente à la sclérotique, qui avait été le siége de végétations consécutives à l'ancienne opération, et qui occupait une étendue de 4 à 5 millimètres. Je pénétrai plus profondément derrière cet espace, et ne rencontrai que le fascia, dont l'insertion à l'œil paraissait avoir été ainsi reculée de près d'un centimètre. Cependant une dissection minutieuse de ces membranes, dans l'étendue de presque la moitié de la circonférence de l'œil, ne me fit découvrir aucune trace d'insertion du muscle à l'œil, et même aucune trace de fibres musculaires. Je présumai que le bout postérieur du droit interne s'était retiré dans sa

gaîne et que l'orifice antérieur de celte dernière avait été bouché par la cicatrice. Un examen plus approfondi et une dissection minutieuse des parties me montrèrent en effet qu'il en avait été ainsi. Je désobstruai donc, et j'agrandis, au moyen d'une incision longitudinale, l'orifice antérieur de la gaîne musculaire; j'aperçus l'extrémité libre du muscle, je l'attirai en avant à l'aide d'une pince, et l'appliquai contre le point correspondant de la sclérotique. Je recouvris le tout du lambeau de lamelle fibreuse et de fascia que j'avais détaché, comme je le pratique dans mon procédé de strabotomie par dissection. Une dernière indication à remplir, et la plus importante, c'était de maintenir l'œil en dedans pour favoriser l'insertion du muscle et du fascia sur des points suffisamment antérieurs pour s'opposer au retour du renversement de l'œil. Je remplis cette indication de la manière suivante. Un fil ciré fut passé, à l'aide d'une aiguille à coudre, dans l'épaisseur du fascia oculaire, tout près du bord externe de la cornée transparente. L'œil étant ainsi accroché, je l'attirai en dedans d'un centimètre environ, et le maintins dans cette position, en attachant les deux bouts du fil au dos du nez, à l'aide d'emplâtre de diachylon gommé. Le reste du pansement se fit comme à la suite de l'opération du strabisme. Aucun accident ne survint. Le lendemain, dans l'après-midi, le fil se détacha de lui-même, et, chose presque incroyable, le mouvement de l'œil était rétabli en dedans, mais nul encore en dehors. Le globe oculaire était resté tourné un peu en dedans. A mesure que la plaie de l'angle externe se cicatrisa, le mouvement correspondant se rétablit, l'œil se redressa complétement, et en moins de huit jours il avait recouvré sa forme, sa position, et presque toute sa mobilité normales. Je dis presque, car le mouvement

d'abduction resta un peu borné, et à mesure qu'il se rétablit, il diminua proportionnellement l'étendue du mouvement d'adduction ; mais la mobilité redevint suffisante et resta la même dans les deux sens.

« Le succès de cette première opération m'encouragea à la répéter sur l'autre œil. On remarquera qu'ici il n'y avait pas d'adhérence en dehors ; le droit externe n'avait pas été coupé : l'opération a donc été modifiée en raison de cette différence de conditions, sans toucher au droit externe. Cependant le résultat a été aussi heureux que dans le cas précédent, et la malade est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant, c'est-à-dire que les deux yeux sont complétement redressés et jouissent de leur mobilité presque normale ; seulement l'œil droit au repos reste un peu plus ouvert que le gauche ; mais cette légère différence disparaît complétement dans les mouvements d'expression de la face. Depuis lors j'ai pratiqué une troisième fois la même opération, et j'ai obtenu les mêmes résultats. »

F. *Applications diverses de la myotomie oculaire.*—L'opération qui nous occupe a été appliquée au traitement de la myopie, de l'amaurose, et de la kopiopie.

*a*) *Myopie.* — M. Guérin est le premier qui ait posé les indications de la myotomie dans la myopie. « Il existe, selon lui, deux espèces de myopie, comme il existe deux espèces de strabisme : la myopie *mécanique* ou *musculaire*, et la myopie *optique* ou oculaire. La myopie mécanique, comme le strabisme de la même espèce, résulte de la brièveté primitive ou de la rétraction active des muscles de l'œil. » (*Ann. d'Ocul.*, avril 1841, p. 51.)

Pour M. Guérin, les muscles trop courts dans la myopie mécanique, sont les muscles droits simulta-

nément, ou deux ou trois seulement d'entre eux, mais de manière à ce que le raccourcissement soit proportionnellement égal dans les muscles affectés.

Quelques opérations pratiquées par M. Guérin, ont servi à démontrer le fondement de son opinion. M. Cunier est venu ensuite (*Ann. d'Oc.* juin 1841) signaler des guérisons obtenues par la section simultanée des droits interne et externe.

M. le docteur Kuh, de Breslau (*Casper's Wochenschrift*, 1841, nº 15) a obtenu un résultat satisfaisant de la section des quatre muscles droits; dans un autre cas, il a coupé le droit interne et le droit externe, sans obtenir aucune amélioration.

M. Kuh pense que M. Phillips n'est pas dans la bonne voie (*auf dem richtigen Wege*), et qu'il est impossible qu'il ait guéri des myopes par la section du grand oblique. M. Kuh est d'avis que cette opération doit plutôt augmenter que diminuer la myopie.

Suivant M. Bonnet, la myopie mécanique reconnaîtrait pour cause, la contraction du petit oblique. C'est ce muscle qu'il divise. Voici ce qu'en pense M. Cunier (*Ann. d'Oc.* juillet 1841, p. 172—173).

« Nous avons fait connaître (*Ann. d'Oc.* juin et *Gaz. méd. de Paris,* 10 juillet) que nous avions réussi, en avril et mai, à faire cesser la myopie, trois fois par la division simultanée des droits externe et interne, une fois par la section du petit oblique. — L'opération de M. Bonnet nous avait paru préférable, et nous avons cherché à nous assurer si effectivement elle guérissait. Six fois nous l'avons mise en pratique depuis le mois de mai, et notre premier essai a seul été couronné de succès. La contracture de l'oblique inférieur était évi-

dente dans ce cas ; le globe se trouvait tiré d'arrière en avant, le bord supérieur de la cornée n'était pas recouvert par la paupière, tandis que le bord inférieur était caché sous le bord ciliaire d'en bas. Enfin, la dépression du globe avait lieu selon ce bord ciliaire, le bombement selon le bord palpébral supérieur. Ces signes n'existaient point dans les cinq autres cas ; aussi la division du petit oblique ne fut-elle suivie d'aucun résultat ; la myopie nous parut même plus forte qu'auparavant ; la section des droits interne et externe, pratiquée ensuite chez trois de ces malades, a fait cesser la myopie. Une autre fois, la division des droits externe et interne était demeurée sans résultat ; la dépression persistait en bas ; le petit oblique une fois coupé, cette dépression s'est effacée et la myopie a cessé. »

Tout ce que l'on connaît jusqu'à ce jour, sur les indications de la myotomie pour combattre la myopie, est incomplet; ni MM. Guérin et Kuh, ni M. Bonnet, ni M. Cunier n'ont posé des indications suffisantes. La comparaison de leurs résultats, des raisons qu'ils assignent à leur conduite, serait chose éminemment utile.

β.) *Amaurose.*—C'est un médecin anglais, le docteur Adams (*Prov.med. and Surgical Journ.*, avril 1841) qui a fait connaître le premier fait de guérison d'amaurose par la myotomie. M. Fleussu fait remarquer, dans un mémoire qu'il vient de soumettre à la Société de médecine de Gand (décembre 1841), que la maladie à laquelle l'oculiste anglais donne le nom d'amaurose, n'était autre chose que la disposition à la fatigue des yeux, dont il sera question ci-dessous.

Le sujet de l'observation de M. Adams est une femme de 22 ans, qui ne pouvait travailler à l'ai-

guille ni lire, ni regarder les petits objets avec l'œil droit, sans éprouver des vertiges et de la confusion dans la vue. La section du droit interne, n'ayant pas amené un bénéfice complet et ayant produit la diplopie, le droit interne fut coupé quinze jours après. La diplopie cessa immédiament et la vue gagna encore.

M. Ruete, de Göttingue (1), est venu, après M. Adams, signaler deux cas d'amaurose torpide guérie par la section musculaire. M. Fleussu s'est attaché à prouver que M. Ruete n'avait pas eu affaire à des amauroses, mais simplement à des paralysies partielles de la 3e paire, avec strabisme externe et mydriase.

« La théorie des analogues, écrit M. Pétrequin à l'Académie des Sciences de Paris (séance du 6 septembre) faisait pressentir, et la strabotomie a démontré, que le système moteur de l'œil exerce une large influence sur le système sensitif; d'après ce que j'ai observé chez les louches, j'ai été conduit à penser, que certaines amauroses devaient reconnaître pour cause première un état spasmodique d'un ou de plusieurs muscles du globe de l'œil. Dans le strabisme, le spasme musculaire est aujourd'hui un fait acquis à la science ; il n'est pas moins vrai que, dans la majorité des cas, il existe un affaiblissement plus ou moins prononcé de la vue, spécialement du côté où la déviation morbide est le plus manifeste. Or, j'ai reconnu que soit primimitive, soit consécutive (ce n'est pas ici le lieu d'en

---

(1) Neue Untersuchungen und Erfahrungen uber das Schielen une seine Heilung. Göttingen, 1841, in-8e de 148 p.

discuter la nature) cette asthénie visuelle cède en général à l'opération de la strabotomie, surtout quand on a soin de recourir à la gymnastique orthophthalmique. Dès lors la myotomie deviendrait un nouveau moyen héroïque pour les amauroses qui proviennent de cette cause; il importait d'établir ce fait primordial; il importe de reconnaître les cas de cette catégorie. »

M. Pétrequin dit posséder plusieurs cas de guérison, mais il se borne à rapporter les deux suivants :

Obs. I. — Un ouvrier journalier âgé de 18 ans, était affecté d'une amaurose incomplète de l'œil gauche que M. Pétrequin ne put rapporter à aucune des causes ordinaires; il remarqua que, dans certains mouvements des yeux, il y avait tendance à la déviation en dedans ; M. Pétrequin crut pouvoir conclure que l'état spasmodique de l'appareil musculaire exerçait une profonde influence sur la fonction visuelle, et le 8 mai 1841, il coupa les deux muscles droits internes. La vue fut immédiatement améliorée à gauche et en cinq semaines elle devint tout à fait normale, égale à celle de l'œil droit.

Obs. II. — Un ouvrier de 17 ans, portait une amaurose ancienne presque complète de l'œil gauche, survenue sans cause connue. Il ne pouvait compter des doigts, une bande, etc. M. Pétrequin remarqua que certains mouvements des yeux révélaient une tendance à la déviation en dedans; il en conclut, comme dans le cas précédent, que le système moteur de l'œil troublait son système sensitif. La section des deux droits internes détermina une amélioration instantanée; trois semaines plus tard la vue avait gagné en netteté et en étendue, au point que le malade pouvait déchiffrer de gros caractères et dis-

tinguer les personnes à plus de cent pas. Les progrès ont été continus et croissants.

7.) *Kopiopie.* — M. Pétrequin désigne sous ce nom, la disposition à la fatigue des yeux. Il s'est attaché, dans un mémoire inséré dans les *Annales d'Oculistique* (1841, septembre) à démontrer la nature musculaire de cette affection, sur laquelle la science ne possédait avant lui que des données très-inexactes. Les causes, le mécanisme de la kopiopie ont été examinées avec le soin le mieux entendu par M. Pétrequin.

Le savant chirurgien de Lyon est revenu tout récemment (*même journal*, 1841 novembre) sur ce sujet. Après avoir exposé les résultats obtenus par M. Bonnet, et rappelé ceux que lui-même avait déjà signalés, pour montrer que la kopiopie peut céder à la section soit des muscles droits, soit du petit oblique, M. Pétrequin se demande : *Quelle est ici la puissance la plus influente?* « M. Bonnet paraît « se prononcer pour les obliques ; quant à moi je « tiendrais à croire que ce sont les droits, la vérité « est (et c'est là le point important) que les uns et « les autres exercent une grande influence. »

M. Bonnet pratique pour la kopiopie, la même opération que pour la myopie ; il divise le petit oblique à son insertion orbitaire antérieure. Il introduit, à cet effet, par une piqûre pratiquée à la paupière inférieure, un ténotome mousse dont il dirige l'extrémité en arrière et en dedans, avec la précaution de lui faire suivre la paroi inférieure de l'orbite ; lorsqu'il est arrivé à 3 centimètres de profondeur, il le ramène en avant, jusqu'à ce qu'il le sente sous la peau ; il accroche nécessairement ainsi l'insertion antérieure du petit oblique et il la divise

complétement, d'autant plus qu'il a soin de diriger le tranchant en bas et au devant du maxillaire supérieur.

M. Pétrequin a considérablement éclairé et perfectionné la question de la kopiopie ; cette affection offre néanmoins encore un large champ aux recherches.

FIN.

§ IV. *Matière médicale ophthalmique.*

FIN DE LA TABLE.

# ANNALES
# D'OCULISTIQUE.




LE DOCTEUR FALLOT,

*Collaborateur des Annales d'Oculistique*

# ANNALES

VOLUME SUPPLÉMENTAIRE

[illegible]

[illegible]

# ANNALES

# D'OCULISTIQUE,

PUBLIÉES

Par le docteur FLORENT CUNIER,

Médecin-oculiste, chirurgien de l'Institut ophthalmique de Bruxelles, ancien médecin militaire, membre des Académies et Sociétés de médecine d'Amsterdam, Angers, Anvers, Berlin, Bordeaux, Bruges, Bruxelles, Dresde, Erlangen, Gand, Halle, Heidelberg, Hoorn, Lisbonne, Londres, Lyon, Malines, Mons, Montpellier, Nantes, Nouvelle-Orléans, Paris, Rotterdam, etc.

3e VOLUME SUPPLÉMENTAIRE.

BRUXELLES,

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

13, Montagne Ste-Élisabeth.

1843.

# REVUE

# OPHTHALMOLOGIQUE

DE

# LA LITTÉRATURE MÉDICALE

DE L'ANNÉE 1842.

Je ne juge pas, je raconte.
MONTAIGNE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR

**L. FALLOT,**

*Chevalier des Ordres royaux de Léopold et de la Légion d'Honneur, médecin principal de l'armée belge, membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique, correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris et de plusieurs autres Sociétés savantes, etc.*

**Comme un témoignage de haute estime et de reconnaissance.**

FLORENT CUNIER.

L'accueil bienveillant que la presse médicale a fait à ma *Revue ophthalmologique des années* 1840 et 1841, l'utilité reconnue, proclamée, d'un semblable travail, m'ont engagé à me mettre de nouveau à l'œuvre; je publie

aujourd'hui une *Revue ophthalmologique de la littérature médicale de l'année* 1842.

Je me suis borné à résumer, à réunir, dans un cadre méthodique, tout ce qui a paru de vraiment neuf, de réellement utile, dans les diverses publications qui ont vu le jour depuis un an. Cette *Revue* constitue ainsi, avec mes *Annales d'Oculistique*, l'histoire des progrès de l'ophthalmologie pendant l'année 1842.

J'ai pris pour devise, ces mots de Montaigne : *Je ne juge pas, je raconte*. C'est assez dire que je me suis interdit toute espèce de critique; c'est par des rapprochements, des citations, que j'ai fait ressortir les erreurs de science et surtout de dates.

Toutes les fois qu'il a dû être question de mes travaux, j'ai parlé à la troisième personne; la nature du sujet m'en imposait l'obligation.

Je dois ici témoigner toute ma reconnaissance à M. le docteur Henrotay, qui a bien voulu se charger de dépouiller la plus grande partie des publications belges et françaises. Sans l'assistance empressée de cet excellent confrère, il m'eût sans doute été impossible, dans le mauvais état de santé où je me trouve, de faire paraître ce volume.

Je dois aussi des remerciements à M. le docteur Rieken, médecin du Roi, et à M. le docteur Van Meerbeéck, rédacteur de la *Gazette médicale belge*, pour les documents qu'ils ont eu la bonté de mettre à ma disposition.

Docteur Florent Cunier.

Bruxelles, 15 mars 1843.

# REVUE

# OPHTHALMOLOGIQUE

DE

## LA LITTÉRATURE MÉDICALE

### DE L'ANNÉE 1842.

---

### § I. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

1. *Histoire. a.*) GALIEN. — Le docteur B. Ritter, de Rottenburg, s'est livré à une appréciation des travaux de Galien sur l'anatomie et la physiologie de l'œil. Ce travail, qui témoigne de la vaste érudition de l'auteur, échappe à l'analyse ; nous devons donc renvoyer nos lecteurs au recueil dans lequel il a été consigné (*Journ. für Ch. und Aug.*, nos 2 et 3); ils verront combien sont nombreux les emprunts faits à Galien par les anatomistes et les physiologistes modernes. M. Ritter fait remarquer que Galien n'a disséqué que des yeux de singes et de mammifères, et n'a pas ouvert d'yeux humains.

*b.*) VÉSALE. — L'ouvrage de M. le docteur Burggraeve (*Études sur André Vésale, in*-8° de 459 pages) renferme un examen comparé de l'anatomie de Vésale ; nous en extrayons les passages suivants

relatifs à l'anatomie de l'œil et de ses annexes; ils fournissent d'importants renseignements historiques.

(Pag. 122.) Dans l'examen des muscles des paupières se trouve compris également celui des paupières et des fibro-cartilages tarses. Vésale n'a pas connu le releveur de la paupière supérieure, qui fut découvert également par Fallopia. Il divise le muscle orbiculaire en deux portions, ou muscles distincts, dont il fait des espèces de muscles réfléchis, le supérieur servant à relever la paupière, l'inférieur à l'abaisser.

« Parmi les muscles de l'œil, Vésale admet, indépendamment des quatre droits et des obliques, un septième muscle (pag. 123) impair, enveloppant le nerf optique. Ce dernier n'existe que chez les mammifères, où il forme une espèce d'entonnoir embrassant par sa base le globe oculaire, et s'y fixant de manière à pouvoir le retirer vers le fond de l'orbite. L'homme et les quadrumanes ne présentent aucun vestige de ce muscle. On ne peut expliquer l'erreur de Vésale que par l'habitude où l'on était généralement, de son temps, de se servir, dans les dissections, de l'œil du bœuf, qui a ces muscles rétracteurs extrêmement développés. Toutefois il est étonnant qu'il n'ait pas songé à en vérifier l'existence sur un œil humain.

« Le grand oblique est représenté comme un muscle direct. Ce fut Fallopia (*Observationes anatomicae*) qui connaître sa poulie de réflexion.

Chap. IV. *Des nerfs optiques, pag.* 198.— Les nerfs optiques (portion sensitive de la seconde paire des modernes) ont pour ganglions propres les corps genouillés externes, et se rattachent aux masses centrales par l'intermédiaire des tubercules quadrijumeaux ou lobes op-

tiques et des couches du même nom. Chez les oiseaux qui ont ces nerfs à leur summum de développement, ils naissent de la totalité des lobes optiques, les thalami ne concourant en rien à leur origine. Dans la classe des mammifères, les rongeurs présentent un petit nombre de fibres provenant des couches optiques et allant s'associer à celles qui viennent des tubercules. Chez les carnassiers, il y a, à peu de choses près, égalité entre les deux ordres de racines. Chez l'homme, c'est principalement des corps genouillés qu'ils émanent.

« Vésale n'a connu aucune des circonstances que nous venons de rapporter; car il n'a pas suivi les nerfs optiques (p. 499) au-delà des pédoncules antérieurs de la protubérance annulaire; c'est là qu'il a cru qu'ils prenaient leur origine, trompé sans doute par la manière dont ces nerfs s'y appliquent, après s'être dégagés d'au-dessous des couches optiques.

« La question de l'entrecroisement des nerfs optiques dans le chiasma a également occupé Vésale. Il pense que cet entrecroisement n'existe point, mais qu'il y a simplement accollement des deux cordons, sans que leur pulpe se confonde. A l'appui de son opinion, il cite des cas où l'affection de l'œil d'un côté n'a pas entraîné la lésion du nerf du côté opposé, mais bien celui du côté malade. Ainsi sur le cadavre d'une femme ayant l'œil droit atrophié, le nerf optique correspondant était atrophié dans tout son trajet. Il dit même avoir rencontré des sujets où les nerfs optiques étaient séparés dans tout leur trajet, sans qu'il en soit résulté le moindre trouble ni dans l'unité ni dans la netteté de la vision. A ce sujet, Vésale se refuse d'admettre, avec les anciens, l'effet croisé des lésions cérébrales. Sur ces deux questions les progrès ultérieurs de la science ont donné complétement tort à l'anatomiste belge. Les recherches de Cheselden, de Du-

petit, de Sœmmering, de Cuvier, ont mis hors de doute l'entrecroisement des nerfs dans leur chiasma. Cette disposition est surtout très-marquée chez les poissons où les nerfs se croisent sans s'unir. D'ailleurs, l'anatomie pathologique a montré un grand nombre de cas où la lésion d'un des nerfs s'est montrée du côté opposé à l'œil affecté. Ainsi l'atrophie d'un œil se propage souvent au-delà du chiasma le long du nerf opposé. Si dans le cas rapporté par Vésale le contraire a eu lieu, cela peut dépendre de ce (p. 200) que l'accroisement n'est pas total, mais n'a lieu que pour la moitié interne des deux nerfs.»

« Chap. V. *Des nerfs moteurs de l'œil. 2me paire; 4me des auteurs.* —Vésale comprend dans cette seconde paire tous les nerfs moteurs de l'œil. La manière dont il s'explique sur leur origine prouve qu'il les considérait comme provenant d'un tronc commun, s'insérant dans les pédoncules antérieurs de la protubérance annulaire. « Ils naissent, dit-il, sur les côtés de la base du cerveau, un peu en arrière des nerfs optiques. (Pauló posterius enim quam visorii, ex cerebri basis lateribus principium ducunt, quod haec cerebri regio nonnihil durior illa esse oportuit.) Il est évident qu'il n'a égard ici qu'aux nerfs (p. 201) oculo-moteurs communs. Ce fut Fallopia qui distingua de ces derniers les oculo-moteurs internes et externes. Plus tard, Willis fit connaître la communication de l'oculo-moteur commun avec le ganglion ophthalmique, par sa courte racine, ainsi que l'anastomose de l'oculo-moteur externe avec le rameau ophthalmique du trifacial. On conçoit que ces détails ont pu échapper à l'anatomiste belge, trop occupé du plan général de l'édifice anatomique, pour pouvoir en soigner les détails.

« Vésale admet qu'immédiatement après son entrée dans la cavité de l'orbite par la fente sphénoïdale, le nerf moteur se divise en sept branches destinées aux sept

muscles de l'œil, erreur qui repose sur la fausse appréciation du nombre de ces muscles.

« CHAP XVI. *De l'œil.*(p.322)—.On doit à Sœmmering, qui a écrit *ex professo* sur les organes de la vue, leur distinction en parties qui servent à la protection du globe oculaire (*oculi tutamina*) et celles qui forment l'œil proprement dit. Les premières ont été examinées par Vésale dans différents endroits de son ouvrage : ainsi le chap. XXXV du livre 1er a traité des fibro-cartilages tarses ; dans le chap. IX du livre 2e il est question des muscles de l'œil, et nous avons vu les erreurs ou les omissions qu'il a commises à l'égard du muscle orbiculaire des paupières, du releveur de la paupière supérieure et enfin d'un septième muscle rétracteur, qui n'existe que chez les quadrupèdes.

« La source et les voies d'excrétion des larmes ont été d'abord méconnues par Vésale, puisqu'il n'en est question (p. 323) nulle part dans son grand ouvrage. Cependant Zerbi, anatomiste du XVme siècle, avait déjà mentionné les points lacrymaux, et Berengario avait constaté qu'ils sont les orifices des conduits du même nom. Ce ne fut que dans sa réponse aux observations critiques de Fallopia, qui avait déterminé avec plus de précision qu'on ne l'avait fait avant lui la marche que suivent les larmes pour se rendre dans le sac lacrymal et de là dans le canal nasal, que l'anatomiste belge reconnut la justesse de ces observations, et qu'il établit comme véritable source des larmes, la glande lacrymale et non la caroncule du même nom, que beaucoup d'anatomistes de son temps, entre autres Colombo, avaient regardée comme telle. A cette occasion, il décrivit également la membrane semi-lunaire ou nictitante, formant une troisième paupière chez certains animaux. (*Examen observ.* Fallop. pag 826.)

« Quant aux parties constituantes de l'œil, il les exa-

mine du centre à la circonférence ; il a donc eu à s'occuper en premier lieu du cristallin.

« Le cristallin, dit-il, est une humeur claire et transparente, à l'égal du plus beau cristal, et, comme les loupes, pouvant grossir les objets sur lesquels on l'applique. Le nom d'humeur cristalline lui est peut-être appliqué à tort, car, retirée de l'œil, elle ne s'écoule point et conserve sa forme. Sa consistance est celle d'une cire molle; sa forme n'est pas sphérique, mais lenticulaire. » (Est enim, humoris optimi crystalli instar per lucidissimus et omnia quibus jam exemptus, vitri alicujus modo imponitur, impense quorumdam utrinque ex tuberantum specillorum ritu adauget, pag. 556.)

« (P.324) On sait que le cristallin est maintenu en place entre les deux feuillets de la membrane hyaloïde. On connait l'antérieur sous le nom de l'anatomiste Zinn (*zône de Zinn*). Toutefois les anatomistes ne sont pas d'accord sur la manière d'envisager cette membrane : les uns la regardent comme appartenant à l'hyaloïde, d'autres avec Zinn, la décrivent séparément, comme une membrane striée et plissée, s'insérant à la partie antérieure de la capsule de l'humeur vitrée et se portant de là en avant pour s'attacher à la face antérieure de la capsule cristalline, tout près de son bord. Quoi qu'il en soit de cette dissidence, il est constant que l'anatomiste belge a connu cette lame à laquelle on a eu le tort d'attacher le nom de Zinn. La manière dont il la décrit prouve qu'il l'a envisagée de la même manière que ce dernier : « toute la surface antérieure du cristallin, dit-il, est recouverte par une membrane transparente, semblable à une mince pellicule qui va s'arrêter vers la grande circonférence. » (Universae ipsius anteriori sedi tunicula obnascitur, instar tenuissimae ceparum pelliculae, tenuis exacteque pellucida et transparens. Verum haec tunicula nulla

parte posteriorem humoris crystallini sedem contingens, sed inibi cessans, ubi ille amplissimus cernitur. (p. 556).

« L'humeur vitrée est également décrite dans les plus grands détails. Vésale fait observer que lorsqu'on la retire de l'œil, elle ne conserve point de forme, bien cependant qu'elle ne s'écoule pas en totalité, circonstance qui tient à la disposition cloisonnée de sa membrane propre, que notre anatomiste n'a pas connue et dont la décourverteappartient à Fallopia. Quant aux rapports du corps vitré, Vésale (p. 325) les a bien connus. « En arrière, dit il, il correspond à la rétine; en avant il offre une dépression dans laquelle le cristallin est logé : autour de cette dépression, c'est-à dire tout autour de la grande circonférence de la lentille, on remarque les traces des procès ciliaires qui y sont appliqués. » Anterioris sedis, seu planae superficiei medio sinus imprimitur tantus, quanta posterior est humoris crystallini pars.... Porro reliquae regioni sedis anterioris vitrei humoris crystallino non occupatae, tunicam quamdam obduci, suo loco audies, quae ciliis palpebrarumve pilis assimilabitur, quaeque orbiculatim lineae tantum crassitie crystallino humori, ubi is amplissimus est adnasci docebitur (pag. 557).

« La rétine n'est pas décrite avec moins de soin. On sait que cette membrane est due à un réseau vasculaire sur lequel s'étale la pulpe nerveuse. Sœmmering a très-bien représenté cette disposition, qui a fait dire à quelques anatomistes qu'elle est formée de deux lames, l'une externe pulpeuse, l'autre interne vasculaire, formée par les ramifications de l'artère centrale de la rétine.

« C'est sans doute à cette disposition que Vésale a eu égard quand il dit que la rétine est parcourue d'une foule de petites artères et de veinules qui rayonnent de

son centre vers la circonférence et sur lesquelles la matière nerveuse est étendue.

« Les plis qu'elle forme au fond de l'œil ne lui ont également pas échappé. On connaît les belles recherches de Desmoulins sur l'analogie de ces duplicatures et les circonvolutions cérébrales.

« Quant aux limites de la rétine, Vésale pense qu'elle se termine insensiblement sans atteindre la grande circonférence (p. 326) du cristallin. Cette question est encore un sujet de litige entre beaucoup d'anatomistes : plusieurs ont soutenu l'opinion de Vésale, entre autres Morgagni et Zinn. D'autres, tels que Winslow, Cassebohm, Ferrein, Haller, Monro, prétendent que la rétine passe au-dessous du corps ciliaire et qu'elle s'étend jusqu'à la grande circonférence du cristallin, à la capsule duquel elle s'attache.

« Feu Ant. Dugès, dans un beau travail d'anatomie comparée sur l'organe de la vue, a exprimé une opinion un peu différente, puisqu'il dit qu'à la naissance des procès ciliaires, la rétine se divise en nombreuses languettes, dont chacune passe entre deux procès ciliaires, et se perd en s'épanouissant sur la circonférence du cristallin. On conçoit qu'une question aussi délicate est de nature à laisser des doutes sur sa solution.

« Après la rétine, Vésale examine la choroïde qu'il considère comme la continuation de la membrane pie-mère cérébrale. Il y a dans cette manière de voir quelque chose d'ingénieux et de rationnel à la fois, car il est évident que la membrane vasculaire de l'œil, tant par le mode de distribution de ses vaisseaux, que par ses rapports avec la membrane nerveuse, a plus d'une analogie avec la pie-mère. M. Schrœder van der Kolk, l'un de ces anatomistes qui semblent avoir recueilli l'héritage de l'immortel Ruysch, démontre par l'injection que la

choroïde est réellement un prolongement de la membrane vasculaire du cerveau. (Lettres médicales sur la Hollande; par J. Guislain, dans les *Annales de la Soc. de Méd. de Gand*, janvier 1842.)

(p. 327) Nous-même, nous avons eu plus d'une fois l'occasion de faire des observations semblables.

« Vésale décrit ensuite successivement la rétine, la pupille, l'uvée, les procès ciliaires, la sclérotique (qu'il prouve n'être pas une continuation du périoste de l'orbite, comme on le pensait généralement avant lui, mais bien de la dure-mère), enfin l'humeur aqueuse et la conjonctive palpébro-oculaire. Parmi les parties de l'œil que l'anatomiste belge n'a pas connues, il faut compter le cercle ciliaire, découvert par Fallopia, la membrane de l'humeur aqueuse, à laquelle s'attachent les noms de Demours et de Jacob, ainsi que la séreuse ou l'arachnoïde de l'œil, que M. Arnold prétend y avoir démontrée de nos jours, mais dont l'existence est encore hypothétique. »

*c*.) Doellinger.—M. Ph. de Walther (*Gedachtenissrede auf J. Doellinger, München* 1842,) rappelle l'opinion de Doellinger sur quelques points contestés de l'anatomie de l'œil : 1) le ligament capsulo-ciliaire de d'Ammon existe et est une continuation de la membrane de Jacob ; la description de cette membrane donnée par Huschke n'est donc pas conforme à la nature ; 2) le ligament ciliaire est un plexus nerveux ; 3) le canal de Fontana n'existe pas dans l'œil humain, ainsi que l'a établi Schlem; 4) la membrane de Ruysch existe dans l'œil humain ; 5) la cornée n'est pas lamelleuse.

*d*.) M. Malgaigne. — Nous trouvons les lignes suivantes (*Journ. für. Chir. und Aug.* 1842,

p. 431) dans une critique que fait M. d'Ammon de la traduction de l'anatomie chirurgicale de M. Malgaigne (*Abhadlung der chirurgischen Anatomie*, aus den Französischen van DD. Reiss und Liehmann. Prag, 1842, Calve, 936. pp. 8°). « Nous voulons donner une idée de la manière dont M. Malgaigne connait ce qui a été fait avant lui. Il consacre trois pages au développement de l'œil, et l'écrivain allemand le plus moderne qu'il cite est Fr. Meckel. Il ne connait pas les travaux qui ont été publiés sur ce sujet par Bar, Burdach, Müller, Rathke, ni les idées que nous avons émises, il y a plus de dix ans, dans notre journal, et la controverse débattue entre nous, Huschke, De Walther, Arnold; en un mot, il ignore tout ce qui a été fait depuis 20 ans dans notre pays. Deux lignes sont employées pour traiter du colobome de l'iris ; il montre son ignorance des recherches de de Walther, Heyfelder, Gescheidt, Jaeger et des nôtres. »

2. *Système cristallin.* — La note qui suit est extraite de la *New-York Lancet*, n° du 6 août 1842, p. 96 :

« M. Schwann pense que lentille est d'abord composée de cellules qui sont ensuite converties en fibres. M. Toynbee a non-seulement trouvé des cellules entremêlées parmi les fibres de la lentille, mais il a très-fréquemment remarqué que les fibres elles-mêmes, composant la partie externe de la lentille, étaient formées de ces cellules, et que dans d'autres cas celles-ci occupent seulement l'extrémité des fibres.

« M. Toynbee dit en parlant des vaisseaux sanguins de la lentille : — « non-seulement je n'ai pu découvrir aucune trace de vaisseaux dans la capsule antérieure, mais je pense être à même de prouver que

dans l'état de santé il ne s'en trouve point. La capsule postérieure de la lentille est cependant injectée et présente de larges et nombreuses ramifications de vaisseaux sanguins, dont, suivant moi, la fonction est de fournir la nutrition à la lentille cristalline. Ces vaisseaux partent de l'artère centrale de la rétine. Cette dernière ayant traversé le centre de l'humeur vitrée, s'étend sur la capsule et forme les ramifications précipitées. Or, dans quelques injections que j'ai faites d'yeux de fœtus humains, de six ou sept mois, ces vaisseaux ne se trouvaient pas placés à la surface postérieure de la capsule ; ils en contournent le bord et s'étendent sur la face antérieure dans une largeur d'un quart de ligne. Il ne m'a pas été possible de faire une injection parfaite des vaisseaux de la capsule de la lentille sur des fœtus au-dessous du cinquième ou du sixième mois ; c'est pourquoi je ne puis dire si, dans les premières périodes du développement, la capsule antérieure, comme la membrane pupillaire, est entièrement traversée par des vaisseaux ; cela étant ainsi, la lentille cristalline serait complétement entourée de vaisseaux sanguins.

« Les branches de l'artère centrale de la rétine dans les premières périodes de la vie, comme je l'ai remarqué plus haut, s'étendent sur la surface antérieure de la capsule. Immédiatement après qu'elles ont atteint la dernière, elles se rétrécissent, se dirigent parallèlement entre elles et convergent vers le centre de la surface antérieure à une distance d'un quart de ligne; elles s'arrêtent alors dans leurs cours forment des dilatations (*dilatations*) percées de cellules qui donnent naissance à de petites veines. Il est fort probable que ces vaisseaux disparaissent dans les périodes suivantes de développement, de ma-

nière à permettre aux rayons lumineux de pénétrer la totalité de la surface antérieure de la capsule. Ces vaisseaux, dans l'état morbide, se prolongent quelquefois sur toute la capsule antérieure (ou, pour parler plus exactement, sur la moitié antérieure de la capsule). C'est dans cet état qu'ils ont été injectés par Schroeder van der Kolk. La capsule de la lentille est ainsi traversée par de larges et nombreuses ramifications de vaisseaux sanguins qui fournissent la nutrition à sa surface interne ou lenticulaire. Ce fluide vient bientôt se mettre en contact avec la masse de petites cellules décrites par Schwann comme placées entre la lentille et la capsule. » M. Toynbee suppose que la nutrition de la lentille s'opère par ces cellules qui reçoivent les principes du sang et les dirigent vers la lentille dans laquelle ils sont déversés (??).

3. *Terminaison du nerf optique.* — D'après les recherches faites par M. Pappenheim, de Breslau, sur les oiseaux, les amphibies, les mammifères, l'homme, etc., les fibres du nerf optique se terminent circulairement près de la zonule en y formant un plexus; elles sont entièrement distinctes des fibres de la zonule dont les caractères, le cours et la terminaison sont différentes. (*Neumeister's allgemeine Repertorium*, juillet, p. 148.)

4. *Veine centrale du globe.* — Existe-t-il une veine centrale du bulbe, c'est-à-dire du corps vitré? telle est la question que se pose M d'Ammon. Langenbeck et Weber l'admettent; le premier en donne même le dessin. Henle et Valentin nient son existence; M. d'Ammon est de l'avis de ces derniers. Ce point mérite d'être éclairci; il n'est pas seulement intéressant au point de vue de l'anatomie normale, mais aussi sous celui de la patho-

génie. (*Journ. für Ch. und Aug.* p. 114-115.)

5. *Structure et fonctions de la rétine.* — M. Mandl a communiqué à l'Académie des sciences de Paris (*Gaz. méd. de Paris*, pag. 462) des recherches sur la structure de la rétine. « Cette membrane se compose de deux portions bien distinctes : l'interne, celle qui touche le corps vitré, est composée des mêmes éléments que la substance corticale de l'encéphale. M. Mandl propose de l'appeler la *substance de la rétine*. La portion externe, ou la *portion blanche*, contient, outre les vaisseaux sanguins et l'expansion du nerf optique, des éléments particuliers que l'auteur désignerait volontiers sous le nom de baguettes. La forme, la longueur et la largeur de ces baguettes varient beaucoup dans les diverses classes d'animaux. Elles forment la couche la plus externe, où elles sont placées obliquement. Celles des poissons et des oiseaux, surtout des derniers, se prêtent le mieux à l'observation. Elles sont, chez les oiseaux, longues à peu près de 1/100 à 1/50 de millimètre, larges de 1/300 de millimètre, portant à leur extrémité externe un globule huileux, d'un jaune plus ou moins foncé ou de couleur rouge, tandis que l'extrémité interne finit par un fil très-délié. On n'a pu constater aucun rapport entre ces baguettes et le nerf optique. Il faut examiner des yeux frais et la rétine dans le liquide du corps vitré. Tout liquide étranger détruit la forme des éléments. »

. Le même corps savant a reçu de M. Melloni un mémoire sur la structure et les fonctions de la rétine (*Ibidem* pag. 364). On sait qu'Euler attribuait la diversité des couleurs des corps à la diversité des vibrations que ces corps étaient supposés imprimer à la lumière, à peu près comme cette différence

entraînait celle des sons. M. Melloni, reprenant cette théorie, et remarquant que le rayon jaune est toujours la couleur la plus visible, a été amené à conclure que la rétine doit être colorée en jaune. En effet, outre la tache de Sœmmering, qui présente manifestement cette coloration, il dit avoir constaté que le reste de la membrane a aussi une teinte jaune. Il est vrai que cette coloration diminue avec les progrès de l'âge; mais il est remarquable qu'au fur et à mesure de cette dégradation de teinte, le cristallin devient d'un jaune ambré, de sorte que les conditions de la réfraction des rayons à travers les milieux de l'œil, demeurent toujours à peu près les mêmes. M. Melloni explique la couleur jaune de la tache de Sœmmering, en disant qu'elle résulte d'une plicature plusieurs fois répétée de la rétine, dont la coloration propre deviendrait ainsi plus prononcée dans ce point.

6. *Fonctions du cristallin dans la vision.* — Une note sur les fonctions du cristallin dans la vision a été communiquée à la même Académie, le 30 mai dernier, par M. Adda (*Ibid.* n° 23). L'auteur commence par établir que la cornée ne change point de courbure pour la vue à diverses distances. Il annonce ensuite avoir reconnu que le cristallin conserve le même foyer, soit que les rayons lumineux lui arrivent parallèles, soit qu'ils tombent sur lui divergents ou convergents. Pour constater ce fait, il a placé dans un tube noirci un cristallin de bœuf, de manière à le faire devenir l'objectif d'une lunette, et il a trouvé que le foyer restait le même lorsqu'on regardait les objets éloignés ou rapprochés. On savait bien, a dit à ce sujet M. Arago, que le cristallin n'a pas la même densité dans toute son étendue, et l'on pensait que cette disposition avait pour

but de corriger l'aberration de sphéricité résultant de la réfraction trop considérable des rayons qui le traversent dans le voisinage de sa circonférence. Les expériences de M. Adda ne permettraient plus de conserver cette explication (1).

7. *Physiologie de la vision.* — Un article sur ce sujet a été publié par M. Sinsteden (*Verein's Zeitung*, n° 5) ; nous n'y trouvons rien de neuf ; nous dirons de même d'un mémoire de M. Meyer, inséré dans les *Archiv für physiologische Heilkunde* (n° 2).

M. Franz a fait une série d'expériences sur un aveugle-né auquel la vue a été rendue à l'âge de dix-huit ans. Nous regrettons beaucoup de ne pouvoir reproduire cette intéressante narration insérée dans le 1er n° du journal de MM. de Walther et d'Ammon (p. 59). Une analyse n'en donnerait qu'une idée fausse et incomplète.

Les recherches de M. Reinhold (Ibid, n° 2, p. 285) nous ont paru dignes de remarque ; mais ce qu'il dit de l'unité de perception dans la vision, etc., etc., est connu.

M. René a adressé l'Académie des Sciences de Paris (séance du 28 mars) un mémoire dont la proposition fondamentale est que, pour expliquer les

---

(1) Au moment de mettre sous presse, nous recevons les *Mémoires de la Société royale des sciences, lettres et arts de Nancy, année* 1841 (8°, Nancy 1842, Grimblot), où se trouve in-éré un mémoire de M. de Haldat sur le mécanisme de la vision. Nous publierons incessamment, dans les *Annales d'oculistique*, une analyse critique des opinions de l'auteur sur les fonctions de la cornée transparente et du cristallin, dans la vision.

phénomènes de la vision, il faut non-seulement admettre que les diverses couches du cristallin ont des densités différentes ; mais encore qu'il en est de même du corps vitré. (*Examinateur médical*, 3 avril).

8. ***Prédominance de la vision sur les autres sensations.*** — M. Gerdy termine comme suit un long mémoire sur ce sujet (*L'Expérience*, n° 219), faisant suite à ses travaux sur la vision, résumés l'an dernier par M. Fleussu (*Annales d'Oculistique*, vol. VI, pag. 176 à 180).

« Je ne saurais donc trop le répéter, la vue est le premier, le roi des sens. Néanmoins j'entends qu'on attaque encore cette conclusion, si rigoureusement exacte, en disant : chaque sens est supérieur à tous les autres dans sa spécialité; on ne peut établir entre eux aucune hiérarchie. — Eh ! mais avons-nous jamais dit que l'œil distinguât mieux les saveurs, les odeurs et les sons que la bouche, le nez et l'oreille ne les distinguent, ou que l'esprit ne les apprécie par leur intermédiaire ? Qui ne sait que, suivant les circonstances, les sens peuvent l'emporter l'un sur l'autre, chacun à leur tour, le toucher pendant la nuit, le goût à table, l'odorat dans un parterre en fleurs, l'oreille à un concert, et la vue dans une promenade champêtre ? Pourquoi d'ailleurs la diversité spécifique des fonctions de chacun des sens empêcherait-elle de les comparer dans ce qu'ils ont de commun et de différent pour apprécier leur importance et leur utilité respectives? Depuis quand y a-t-il du danger pour la science à envisager une question sous toutes ses faces ?

« Loin de partager cette opinion, je résumerai ainsi le parallèle des sens :

« On peut rapporter à douze grandes divisions les propriétés ou les caractères des corps dont l'esprit humain prend l'idée par la voie des sens. Ce sont : 1° le nombre ; 2° la situation ; 3° l'étendue ; 4° la direction ; 5° la forme ; 6° les propriétés physiques générales, tellesque la divisibilité, l'élasticité, la ductilité, la pesanteur, la mobilité, etc., etc.; 7° les propriétés chimiques ; 8° les propriétés sensibles à la vue seule ; 9° les propriétés appréciables par le toucher seul ; 10° les propriétés odorantes ; 11° la sapidité ; 12° la sonoréité. Eh bien ! telle est la puissance comparée des sens, que l'œil permet à l'intelligence d'apprécier tous ces caractères et toutes ces propriétés sans le secours d'aucun sens, à l'exception des qualités tactiles spéciales, des saveurs, des odeurs et des sons ; que le toucher en apprécie un peu moins, que la vue les apprécie moins facilement, moins rapidement et dans une étendue beaucoup plus circonscrite ; que l'ouïe ne peut reconnaître que le bruit et les sons ; le goût, que les saveurs, et l'odorat que les odeurs ; en sorte que leur domaine est beaucoup plus circonscrit encore et leur puissance beaucoup plus bornée que celle du toucher, et surtout que celle de la vue, bien qu'en donnant arbitrairement une signification aux sons, on augmente de beaucoup la valeur du sens de l'ouïe, à peu près comme on augmente conventionnellement celle du papier en en faisant le signe d'une valeur plus ou moins considérable.

« Telle est encore la supériorité de la vue, que si tous les sens sont collègues les uns des autres pour reconnaître les corps, il n'y en a point qui, de loin comme de près, en reconnaisse autant que la vue ; il n'y a même que le toucher qui puisse, comme la vue, assurer l'esprit de l'existence d'un corps déterminé et distinct des corps voisins avec lesquels on pourrait le confondre ;

que la vue et le toucher étant en outre des collègues l'un de l'autre pour reconnaître le nombre, la situation, l'étendue, la direction, la forme et une foule de propriétés physiques, que les autres sens ne peuvent point distinguer, l'aveugle, même avec l'éducation la plus soignée, ne pourrait, sans le toucher, parvenir à apprécier les caractères et les propriétés des corps que nous venons de rappeler : que les malheureux aveugles ne s'instruisent sur les choses visibles qu'autant que, par le toucher, ils ont acquis en petit l'idée des caractères que la vue nous a fait connaître en grand.

« Telle est enfin la supériorité de la vue sur les autres sens, qu'elle nous fournit à elle seule plus d'idées, importantes pour la pratique de la vie, et assure mieux notre existence que tous les autres sens pris ensemble.

« Or, c'est seulement cette supériorité de puissance que j'ai voulu assurer définitivement à l'organe de la vue, lorsque je l'ai proclamé *le premier*, *le roi des sens*. Ce n'est pas que ces expressions m'appartiennent ; de grands écrivains, un grand poète du dernier siècle, les ont consacrées à la gloire du toucher ; je n'ai fait que les appliquer à l'organe que j'en crois le plus digne, à l'organe que le sens commun des nations, si souvent supérieur aux philosophes, regarde comme le premier des organes de nos sens. D'où viennent en effet ces expressions : « L'œil de la Providence voit et gouverne tout; le soleil est l'œil du monde ; les princes voient par les yeux de leurs ministres; peu de rois voient par leurs propres yeux? » Pourquoi, dans ces expressions symboliques et figurées, ne met-on jamais l'ouïe à la place de l'œil ? N'est-ce point parce que d'un consentement unanime on regarde l'œil comme le chef, le premier de tous les sens? »

9. *Régénération du cristallin* — Le docteur Hanmann, de Rostock (*Hufeland's Journal der pratischen Heilkunde*, janvier 1843), a rassemblé un certain nombre d'expériences et d'observations sur la reproduction du cristallin; il a été conduit aux résultats suivants : la capsule et même des portions de capsule ont, après complète disparition des lentilles, la faculté de sécréter une substance analogue au cristallin; mais ce travail exige un temps assez considérable, plusieurs mois au moins. La substance lenticulaire nouvellement formée a été reconnue très-imparfaite dans la plupart des cas et ne formait qu'une masse arrondie assez molle. C'est chez les individus jeunes que la substance de nouvelle formation avait le plus d'analogie avec la lentille normale; mais plus les individus étaient avancés en âge, plus la substance reproduite se montrait imparfaite. L'auteur se pose la question suivante : cette sécrétion est-elle un phénomène éphémère dont la résorption a toujours lieu?

Les conclusions de M. Hanman s'écartent quelque peu de celles de M. Pauly (*Ann. d'oculist.* I, p. 485).

M. Verheyen (*Journ. vétérinaire et agricole de Belgique*, décembre p. 575), engage les écoles vétérinaires à tenter des expériences sur l'objet qui nous occupe.

M. Textor, fils de Wurzbourg a pris pour sujet de dissertation inaugurale, la régénération du cristallin. Ce travail, qui a été en notre possession, nous ayant été enlevé par un confrère qui ne nous l'a point remis, nous nous trouvons dans l'impossibilité de donner l'analyse des faits intéressants qui y sont rapportés.

10. *Iridérémie.*—Ce vice de conformation a été observé par M. France (*Guy's Hospital Reports*, 1842).

OBS.—Mary Hampton, âgée de 23 ans, vint à la consultation ophthalmologique de l'hôpital de Guy, pour une conjonctivite assez légère. La conformation de ses yeux ayant attiré l'attention de l'auteur, il l'interrogea avec soin et apprit que le vice de conformation de l'iris était congénital, et qu'elle avait seulement eu dans sa jeunesse quelques ophthalmies catarrhales; elle s'employait chez elle aux soins du ménage, mais n'avait jamais pu apprendre à lire ni à écrire. Elle n'éprouvait aucune douleur dans les yeux, excepté lorsqu'elle était exposée aux rayons du soleil. Aussi recherchait-elle de préférence un demi-jour qui lui permettait de mieux distinguer les objets; du reste elle ne voyait qu'à la distance de 1 ou 2 pieds.

Les paupières sont habituellement fermées plus d'à moitié; et cet état qui simule un léger degré d'entropion, joint au peu de développement des cils, lui donne l'aspect d'une personne qui aurait perdu les cils par une maladie.

Le globe de l'œil des deux côtés est affecté d'un mouvement oscillatoire continuel dans la direction horizontale, et cette mobilité, s'accompagnant d'une contraction spasmodique du muscle orbiculaire qui se manifeste dès qu'on expose les yeux à la lumière, rend très-difficile une exploration exacte de ces organes. La faculté de diriger l'œil vers un objet, et surtout en haut et en bas, est très-diminuée.

Les deux cornées sont le siége d'une opacité qui résulte des inflammations que la malade a éprouvées. Cette opacité n'occupe cependant pas tout le champ de la cornée, et elle a sur chaque œil une étendue, une situation, et une profondeur différentes.

La sclérotique a une coloration bleuâtre plus prononcée que dans l'état naturel. L'œil droit présente sur

la capsule postérieure du cristallin une opacité centrale qui n'a pas plus d'étendue qu'une grosse tête d'épingle; le reste du cristallin est parfaitement transparent.

Du côté gauche, l'opacité occupe un espace plus considérable.

A part les points que nous venons d'indiquer, toute la partie du globe oculaire que l'on peut apercevoir à travers la cornée est d'une coloration brun-noirâtre uniforme. *L'examen le plus attentif ne peut y découvrir le moindre vestige d'iris.*

Un des rédacteurs de la *Gazette médicale de Paris* analyse ainsi (n° 22) les réflexions dont M. France, accompagne cette observation :

« On pourrait, dit l'auteur, objecter que les obstacles qui rendaient l'examen de l'œil difficile ont fait prendre pour une absence de l'iris ce qui ne serait qu'une coloration très-foncée de cette membrane, accompagnée de mydriase. Mais l'existence de la cataracte lève ces doutes: car si on regarde obliquement dans le fond de l'œil, on aperçoit le point blanc qui existe sur la capsule, et on continue de le voir distinctement jusqu'à ce qu'on se soit placé tellement de côté que la sclérotique vienne s'interposer entre l'œil de l'observateur et le bord de la cornée de la malade. Cette expérience prouve clairement qu'il n'existe aucun corps, aucune membrane, entre la cornée et la capsule cristalline.

M. France termine sa communication par ces deux questions : Y a-t-il lieu d'opérer les cataractes? Peut-on apporter quelque remède à l'absence de l'iris? Quant à la première, la vue étant actuellement suffisante pour les besoins de la malade et l'opacité très-peu prononcée, il ne pense pas que l'opération soit indiquée pour le moment.

Relativement aux moyens de suppléer à l'iris, l'auteur

fait observer que cette membrane a, dans l'acte de la vision, trois offices distincts. D'abord elle prévient l'entrée d'une trop grande quantité de lumière dans l'œil; cette fonction, que le clignement continuel des paupières remplit ici d'une manière incomplète, pourrait certainement être rendue plus parfaite par quelques moyens appropriés. En second lieu, l'iris sert à favoriser la vue à diverses distances, et aucun moyen artificiel ne peut le suppléer sous ce rapport. Enfin, il empêche la confusion de la vue qui résulterait de l'introduction des rayons obliques ; or, deux tubes, noircis à l'intérieur (semblables aux lunettes de spectacle), rendraient à peu près le même service.

Seulement, il est évident que, n'étant pas placés dans l'intérieur de l'œil, comme l'iris, ils ne pourraient pas remplir exactement le rôle de cette membrane.

L'auteur rappelle encore que M. d'Ammon, qui a observé plusieurs cas de ce genre, a aussi noté la coloration bleuâtre de la sclérotique, le défaut de développement des cils et la formation plus ou moins prompte des cataractes.

Nos propres observations et l'examen des faits de ce genre que rapportent les auteurs, montrent que les phénomènes existants dans le cas de M. France accompagnent très-fréquemment l'absence d'iris. Nous avons vu, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, conjointement avec M. Pétrequin, un homme âgé de plus de 30 ans qui présentait, outre le défaut complet d'iris, une opacité prononcée du cristallin, et le spasme des paupières, ainsi que le tremblotement du globe oculaire. M. A. Focachon cite ce cas dans sa thèse inaugurale (Thèses de Strasbourg, 1840, n. 63). Parmi les exemples de la même disposition qu'on trouve rassemblés dans cette intéressante monographie, il en est quatre où le manque d'iris a coïncidé

avec la cataracte : ce sont les faits de MM. A. Roux, de Madrid (Thèses de Paris, 1826), Lusardi (Mémoire sur la cataracte, p. 25), qui en cite deux, et Baratta. Cette coïncidence singulière est précieuse pour le diagnostic; car, ainsi que le fait remarquer M. France, et que M. Focachon l'avait dit du reste avant lui, si l'on aperçoit distinctement dans l'œil un fond blanchâtre aussi large que la cornée, il devient évident que l'absence de l'iris est bien réelle, et n'est simulée ni par une rétraction des fibres de cette membrane ni par sa coloration anormale en noir, comme l'avaient prétendu quelques auteurs. Sous ce rapport donc, la confusion n'est pas possible; mais il est une question intéressante, indécise encore parmi les pathologistes, et dont cette fréquence de la cataracte dans le cas d'iridérémie nous paraît très-propre à éclairer la solution. Nous voulons parler de la cause première de la cataracte, c'est-à-dire du changement qui s'opère dans la vitalité du cristallin et d'où résulte le défaut de transparence. Deux opinions se partagent aujourd'hui les esprits à cet égard : les uns (Sanson) paraissent croire que la cataracte dépend d'une irritation prolongée du cristallin ou de la capsule ; d'autres (Delpech) en font au contraire une mortification du cristallin. Sans admettre complétement les idées du professeur de Montpellier, on ne peut du moins nier que de fortes raisons ne militent en faveur de la manière de voir à peu près analogue de Marc Ant. Petit, qui regardait la cataracte, non comme une maladie mais comme une altération naturelle aux vieillards et due aux progrès de l'âge. En effet, on sait que la lentille devient en général d'un jaune ambré chez les personnes avancées en âge et que ce changement de teinte commence toujours par le centre, c'est-à-dire par le point que traversent le plus de rayons lumineux. Une autre considération vient encore

corroborer celle-ci : c'est que les sujets chez lesquels le cristallin devient le plus fréquemment opaque (verriers forgerons, cultivateurs, etc.), sont ceux qui ont été par leur profession exposés à un excès d'exercice de la vue, et, par conséquent, à une véritable vieillesse anticipée de son organe. Enfin, les observations que nous avons réunies achèvent, ce nous semble, de confirmer ces présomptions, en montrant une opacité, et le plus souvent une opacité centrale du cristallin, liée à cette conformation anormale de l'œil où nul obstacle ne vient diminuer le nombre des rayons lumineux qui traversent la lentille, où, par conséquent, celle-ci a nécessairement beaucoup plus *à travailler* comme on pourrait le dire suivant une expression vulgaire, mais bien propre à peindre notre idée.

Parmi les circonstances intéressantes que contient l'observation de M. France et qui se retrouvent dans d'autres cas du même genre, nous signalerons encore la difficulté de regarder les objets situés en haut, phénomène que Guthbier (*Dissertation sur l'iridérémie*, 1833) attribue à ce que la paupière supérieure, habituellement contractée, a perdu la faculté de s'élever assez pour découvrir entièrement le globe oculaire. Chez les personnes atteintes de ce vice de conformation, la vision est ordinairement plus distincte dans un demi-jour. Il est même des sujets (et M. Focachon en cite trois exemples, loc. cit) qui jouissent de la faculté de voir les objets dans l'obscurité.

Si la plupart de ceux auxquels l'iris manque complétement peuvent, quoique myopes, y voir assez bien pour les besoins usuels de la vie; si quelques-uns même, ainsi que l'a observé une fois M. Pétrequin, parviennent à lire et à écrire, il ressort évidemment de là que l'iris n'a d'autres fonctions que de favoriser la vue à diverses distances, et de mettre obstacle à un abord trop considé-

rable de rayons lumineux dans l'œil, mais qu'il n'est point un des organes essentiels de la vision. Le moyen que M. France propose pour remédier à cette infirmité à l'aide de verres dont le centre seul est laissé transparent, est aussi simple qu'ingénieux.

Aussi il est juste de dire que M. Lusardi l'avait déjà publié et appliqué avant lui, avec un plein succès, sur une jeune fille de 16 ans qu'il avait opérée de la cataracte, et chez laquelle il remédia de cette manière à une absence congénitale de l'iris (1).

11. *Vice de conformation de la sclérotique.* — Le docteur Fleischmann, professeur à la Faculté d'Erlangen, a rencontré un vice de conformation de la sclérotique, qui n'avait pas encore été observé (*Journ. für Ch. und Aug.* liv. 3, p. 413). L'œil droit atrophié, d'une vieille femme, ne laissait plus voir la moindre trace de cornée, bien que, comme dans un cas décrit par Himly (*Ophth. Beob. Bremen* 1801, st. 1, p. 113) la sclérotique ne fût point affaissée, et parût occuper la place de la cornée, où elle présentait un aspect bleuâtre. Au milieu de cette partie d'un blanc sale ou bleuâtre, s'élevait une bande d'un noir pâle, longue de 5 lignes et large en sa partie moyenne de 1 ligne, que l'on reconnaissait pour une cicatrice à extrémités aplaties.

Après que la sclérotique eût été soigneusement enlevée, apparut une seconde cornée opaque, entièrement formée, placée dans l'intérieur de la pre-

(1) M. Cunier a eu recours, avec succès, au même moyen, après avoir éloigné la cataracte. (*Annales d'Oculistique*, décembre 1842, p. 151.)

mière, ainsi donc de moindre dimension et pourvue, comme celle-ci, d'un enduit pigmenteux. Ces deux sclérotiques n'étaient pas confondues ensemble, mais seulement contenues l'une dans l'autre. L'intérieure saisissait l'iris dégénéré et atrophié, et formait par son adhérence avec cette membrane deux cavités, contenant un peu de liquide, dont l'une, placée à droite, avait 4 lignes de longueur sur 2 de large, et l'autre, située à gauche, 2 lignes de longueur sur 2 $^1/_2$ de large.

Il n'existait pas de traces de corps vitré et de cristallin. Le nerf optique, *plat*, traversait les deux sclérotiques. La rétine, ratatinée et épaissie, formait une cavité vésiculeuse renfermant du liquide. La face interne de la sclérotique interne, était tapissée par la choroïde, dont une partie prolabait par la pupille et adhérait à la marge de celle-ci et à la cicatrice dont il a été question plus haut.

On reconnaissait dans la partie antérieure de la sclérotique externe la cornée encore un peu translucide et traversée par une cicatrice.

L'absence du corps vitré et du cristallin, l'état de la rétine et de la choroïde, le trouble de la cornée, étaient sans contredit la suite d'une blessure de l'œil; l'existence d'une sclérotique double, avec un seul iris et une seule cornée, constitue une anomalie des plus curieuses et qui n'avait pas encore été observée.

L'œil gauche ne présentait aucune particularité.

12.) *Colobôme congénital de la paupière supérieure.* — M. d'Ammon rapporte un cas de tumeur congénitale de la sclérotique compliquée de colobôme de la paupière supérieure; celle-ci était fendue jusqu'au bord orbitaire de telle manière que la fente palpébrale formait un triangle bordé de cils. Cette

observation complète la série de colobômes de la paupière supérieure représentés pl. II, 3e partie des *Klinische Darstellungen* de M. d'Ammon, qui considère ce vice de conformation comme le résultat d'un arrêt de développement. A l'appui de son opinion, l'auteur donne la figure et le grossissement à la loupe des yeux d'un fœtus de trois mois chez lequel la paupière supérieure fendue forme un triangle par sa réunion avec l'inférieure. (*Journ. für Chir. u. Augenh.*, n° 1.)

13. *Opacité de la cornée, par arrêt de développement.* — M. Albers (*Canstatt's Jarhresbericht* p. 6.) cite un cas remarquable de non-transparence de la cornée des deux yeux observé sur un enfant de trois mois. La cornée était d'un blanc bleuâtre; les pupilles irrégulières étaient visibles et mobiles; les deux yeux étaient petits et nullement développés. Depuis la naissance ils étaient devenus plus clairs. C'était bien là un arrêt de développement du genre de ceux décrits par M. d'Ammon (*Ann. d'Oculistique*, VI, p. 184).

14.) *Traités d'anatomie et de physiologie oculaires, publiés en* 1842.

A BAROW, *Beitraege zur Physiologie und Physik des menschlichen Auges. mit kptf. Berlin, Hirschwald.*

P. PICKFORD, *Beitraege zur Kenntniss des Sehens, in subjectiver Hinsicht. Heidelberg, Mohr.*

S. PAPPENHEIM, *Die specielle Gewebelehre des Auges, mit Rücksicht auf Entwickelungs-geschichte und Augenpraxis*, Nebst Beilagen und 4 steindrucktfln. Breslau, Aderholz.

Nous n'avons reçu qu'un seul de ces trois ouvrages, celui de M. Pappenheim, mais trop tard pour

pouvoir en prendre connaissance et en donner l'analyse.

15.) *Travaux publiés dans les Annales d'Oculistique.* — Nous signalerons en première ligne les recherches de M. Sichel sur l'anatomie pathologique du glaucôme et sur l'application du résultat des dissections à l'explication de la teinte verte du fond de l'œil dans cette maladie; le travail du même savant sur l'anatomie pathologique de la cataracte; le mémoire couronné de M. le docteur Hoering sur le siége et la nature de la cataracte; les remarques de cet ophthalmologue sur l'anatomie de la capsule du cristallin; la lettre de M. Szokalski sur la structure de la lentille; la description donnée par M. Bonnet des muscles et aponévroses de l'œil. M. Guépin a traité de l'influence de la lumière sur l'œil. Ce médecin a rapporté un cas d'absence congénitale des yeux. M. Mess une observation de colobôme de l'iris, et M. Cunier une observation de colobôme congénital de la paupière inférieure; M. Scherrer a fourni une note pour servir à l'histoire de la capsule fibreuse de l'œil. Enfin, M. Szokalski a longuement analysé et commenté le mémoire de M. Huschke sur la rotation de l'œil sur son axe; M. Cunier a extrait de l'ouvrage de M. Gluge (*Anatomischmikroskopische Untersüchungen*) les remarques de ce professeur sur la mélanose de l'œil et l'*iridoplasma*.

Les nouveaux aperçus sur la physiologie de la vision et sur quelques phénomènes remarquables de la vision binoculaire, de M. Ch. Whaetstone, ont été imprimés dans le 1er fascicule du 2e volume supplémentaire.

Une revue des travaux d'anatomie et de physiologie oculaires publiés pendant les années 1840 et

1841, est venue combler la lacune que présentaient les volumes parus pendant ces deux années. L'auteur de cette *Revue*, M. le docteur Fleussu, n'a rien négligé pour la rendre complète.

15.) *Desiderata*. — M. d'Ammon conseille aux *Annales d'oculistique* de consacrer un plus grand nombre de pages aux travaux d'anatomie et de physiologie oculaires (*Journ. für Chir. u. Aug.*, n° 1, p. 155). L'énumération qui précède prouve qu'avant même d'avoir reçu ce conseil, pour lequel il témoigne d'ailleurs toute sa reconnaissance à son illustre confrère, M. Cunier avait compris qu'il était devenu nécessaire de combler la lacune que présentait sa publication. La bonne amitié de M. Fleussu lui est venue en aide ; ce collaborateur a bien voulu se charger de combler l'arriéré qui existait dans le compte-rendu des travaux sur l'anatomie et la physiologie de l'œil, arriéré également survenu pour les publications ophthalmologiques, en général, à cause du grand nombre de matériaux originaux qui avaient absorbé les colonnes du journal et mis dans l'obligation de publier un volume supplémentaire.

## § II. Maladies des organes lacrymaux.

1. *Encanthis inflammatoire*. — M. Cunier. (*Ann. d'oc.* VII, p. 9) a observé un cas de cette affection. La projection d'une paillette de fer avait déterminé l'inflammation de la caroncule lacrymale ; le corps étranger a été éloigné et tout est rentré dans l'ordre.

2. *Encanthis fongueux*. — M. Bouchacourt a consigné dans les *Mémoires de la Société médi-*

*cale d'émulation de Lyon* (1842 1er v.) l'observation suivante d'encanthis fongueux d'un volume considérable, qui a nécessité l'extirpation partielle de l'œil :

« Madame B..., âgée de 67 ans, de Saint-Jean-le-Vieux (département de l'Ain), jouissant habituellement d'une bonne santé, mère de plusieurs enfants, n'ayant jamais éprouvé aucune maladie des yeux, s'aperçut au commencement de 1840 qu'une tumeur rouge, grenue, indolente, se développait à l'angle interne de l'œil droit, précisément au niveau de la caroncule lacrymale. Bientôt celle-ci, qui ne semblait d'abord qu'hypertrophiée, fit une saillie prononcée entre les deux paupières, se prolongeant en devant et en dedans.—Indolente au début, elle fut traversée plus tard par des éclairs de douleurs, et vint à saigner au moindre contact. Lorsque M. B. vit la malade au mois de juin 1840, il lui conseilla de se faire débarrasser de cette tumeur sans attendre plus longtemps; elle ne put s'y décider sur le champ ; mais au bout de quelques mois, elle prit le parti de venir à Lyon pour se soumettre à l'opération.

« M. B. la revit alors, c'était en janvier 1841. La caroncule lacrymale avait pris un développement excessif, elle occupait toute la largeur de la paupière inférieure qu'elle refoulait en bas et derrière elle, se prolongeant en haut et en dehors sur la face antérieure de l'œil qu'elle embrassait dans ses prolongements si notablement élargis. La cornée devenue opaque était presque entièrement couverte et notablement élargie. Il est inutile de dire que la vue de ce côté était entièrement perdue.—Les douleurs sont vives, lancinantes, s'étendant au front de ce côté; la malade maigrit, a perdu le sommeil. Il s'écoule parfois du sang à la surface de la tumeur. Le moindre

contact renouvelle les douleurs et l'écoulement sanguin.

« La malade était décidée à tout souffrir pour se soustraire aux vives douleurs qu'elle éprouvait depuis plusieurs mois et aux dangers qu'amènerait inévitablement l'extension de sa tumeur. M. B. prit jour pour la lui enlever, et il y procéda le 3 février, assisté de M. Lacour, interne des hôpitaux.

« A l'aide de forts ciseaux courbes, il réséqua d'abord toute la portion saillante de la tumeur, après s'être assuré qu'en raison de sa mollesse, elle ne pouvait fournir de point d'appui aux airignes. Il s'écoula un peu de sang en nappe. Il reconnut alors que la paupière inférieure était tout à fait saine à sa face externe, à part une légère exulcération consécutive à la pression de la tumeur et à la présence des liquides irritants qui s'en écoulaient. Il n'en était pas de même près de son bord libre et à sa face interne : il fut besoin d'une dissection pénible et attentive pour la détacher entièrement. M. B. constata l'impossibilité de ménager l'œil, et il s'aperçut en même temps qu'en l'attirant à lui, il était possible de distinguer ce qui était sain dans son tissu de ce qui était malade. En conséquence, il en fit la résection avec les ciseaux courbes. Il y revint à deux fois pour ne rien laisser et il s'assura que le reste du moignon oculaire était sain. il enleva ensuite et de la même manière quelques portions indurées à l'angle interne; promenant ses doigts tout autour en haut, en bas, et sur les côtés de l'orbite, il examina avec la plus grande attention s'il restait quelques granulations, et après avoir laissé saigner près d'un quart-d'heure il s'occupa du pansement.

Il fut permis de bien reconnaître alors la nature cancéreuse de la tumeur ; son tissu était rougeâtre, pé-

nétré de vaisseaux et renfermait dans ses mailles un suc blanchâtre que la pression faisait couler. La sclérotique et la cornée étaient confondues, épaissies, adhérant entre elles de la manière la plus intime.

On lava soigneusement le reste de l'œil et l'angle interne des paupières avec de l'eau tiède; puis on rapprocha les paupières saignantes comme les lambeaux d'une plaie et on les maintint réunies à l'aide de deux bandelettes agglutinatives se croisant sur l'œil; un plumasseau très-mou de charpie, recouvert par un second, puis d'un troisième appliqué sur elles et maintenu à l'aide de quelques tours de bande.

« L'appareil fut arrosé d'eau laudanisée, et la malade portée à son lit. (Eau sucrée avec addition de trente gouttes de laudanum de Sydenham, par cuillerée à bouche toutes les heures.)

« Le 4. La malade a dormi, elle souffre peu; douleur obtuse dans le front du côté malade; chaleur normale; pouls à soixante-douze, on contiune la potion laudanisée toutes les deux heures.

« Le 5. L'appareil a été légèrement mouillé par un suintement sanguin, à peine existe-t-il une légère douleur dans la plaie, peau moite.—Pouls idem.

« Au premier pansement, fait le troisième jour, on laissa les paupières réunies par les bandelettes de diachylon, elles étaient légèrement gonflées; on renouvelle la charpie et le même appareil.

Du 5 ou 10. On n'eut pas à noter la moindre réaction inflammatoire jusqu'au 6; on continue l'eau laudanisée.

Le 10. Il y avait une légère couche purulente au bord libre des paupières qui était devenu adhérent, la réunion de leur face profonde semblait complète, quelques bourgeons charnus tendaient à proéminer vers l'angle in-

terne, seul mis à découvert, on les touche largement avec la pierre infernale. — Nouvelle cautérisation le 12.

« Le 14. Cette surface est rose, légèrement granulée, les végétations ont un bon aspect, ne sont ni saignantes, ni douloureuses, la surface libre des paupières est à peine rosée, la face profonde paraît entièrement unie avec le reste du globe de l'œil, dont les mouvements se dessinent encore à travers la peau qui le recouvre. La malade est dans le meilleur état possible, elle mange depuis plusieurs jours et est descendue de sa chambre au rez-de-chaussée. Elle quitte Lyon le 14, à cinq heures du soir.

M. B. eut de ses nouvelles depuis ce moment; sur sa recommandation expresse, un cautère a été établi à la cuisse. M. le docteur Pauly a deux ou trois fois promené le nitrate d'argent à l'angle interne de l'œil. La guérison ne s'est pas démentie.

«Madame B.... a pu reprendre ses occupations, et les douleurs ne sont jamais revenues.— « La malade dont je rapporte l'histoire, continue M. B., était affectée d'un encanthis fongueux, qu'un traitement simple n'aurait certainement pas fait disparaître, même dans le principe. Fallait-il songer d'abord à la ligature qui réussit à Purmann, ou à la cautérisation conseillée par Heister? Je préférai recourir immédiatement à l'extirpation, par plusieurs raisons : d'abord, à cause de l'étendue de la tumeur, de la largeur de sa base, de ses prolongements qui se seraient certainement dérobés à l'action du fil constricteur; puis à cause de sa mollesse qui aurait permis une séparation facile dans le point serré, mais nullement un travail d'élimination dans les parties restées saines, s'il eût été possible d'aller jusqu'à elles. Je craignais en outre les hémorrhagies qui déjà commençaient à affaiblir la malade.

La masse à détruire par les caustiques ou le cautère

actuel était trop considérable pour ne pas nécessiter plusieurs applications successives. Elle tenait de trop près aux paupières, au globe de l'œil, pour que sa destruction ne fût pas suivie ou d'inconvénients ou de dangers. Toutes ces raisons nous décidèrent, M. Pauly et moi, à préférer l'extirpation.

« Je ne pouvais songer à conserver l'œil, une fois surtout que l'opération commencée me permit de suivre les racines du mal et de reconnaître de quelles difficultés s'accompagnait leur extirpation. — Mais je dus chercher à éviter une ablation complète du globe oculaire, opération bien autrement grave que celle que j'avais entreprise. La résection de l'œil se présenta à mon esprit comme terme moyen; elle se fit de la manière que j'ai précédemment indiquée. Le succès du moment et l'heureux résultat consécutif ont justifié ma conduite.

« Je ne voudrais pas sur ce fait établir un principe chirurgical, ni surtout l'appliquer aux cas qui réclament l'extirpation totale du globe de l'œil ; mais, il sera bon de s'y conformer, je crois, dans le cas où le mal s'est étendu, des annexes de l'œil, *tutamina oculi*, au globe de l'œil lui-même. — Le rôle de barrière que joue souvent dans les affections cancéreuses le tissu fibreux, ne doit pas être oublié, non plus que les idées éminemment pratiques de M. Lisfranc sur les cancers superficiels qu'on croyait profonds.

L'auteur ne donne pas l'extirpation partielle de l'œil comme une nouveauté chirurgicale. — Ce qui lui a semblé nouveau et ce qu'il regarde comme important dans le manuel opératoire qu'il a suivi, c'est le soin de réunir par première intention, de convertir la plaie de l'œil en une plaie sous-cutanée,

pour ainsi dire, à la faveur de la réunion prématurée des paupières au devant de lui.

Quant à l'heureuse influence des lotions et des applications laudanisées, de l'administration du laudanum à l'intérieur, faut-il lui rattacher l'absence complète des accidents inflammatoires? M. Bouchacourt y serait autorisé, dit-il, par l'exemple des chirurgiens anglais, par celui plus récent de M. Malgaigne; mais il aime mieux en faire partager les avantages à la réunion immédiate, et conseiller l'un et l'autre soins.

Neuf mois se sont écoulés depuis l'époque où cette opération a été pratiquée, et l'absence complète de tout accident, de récidive, doit donner de grandes garanties pour l'avenir.

3. *Tumeur du sac lacrymal.* — M. Cunier (*Ann. d'Oc.* VII, p. 205) a rencontré plusieurs fois cette affection chez des scrofuleux; il a combiné le traitement local avec l'emploi de moyens altérants. Il a signalé en même temps un cas de polype du sac lacrymal.

4. *Fistule du sac lacrymal.* — M. Adde a été appelé à donner des soins à une petite fille pour une fistule lacrymale qui « se manifestait, ce sont ses expressions, par un abcès considérable qui se renouvelait tous les ans ou même tous les six mois. » Le sujet affecté de cette fistule, ou plutôt de cette tumeur, qui devenait *fistule du sac lacrymal*, était un enfant de neuf ans, d'un tempérament lymphatique. La tumeur ayant été ouverte, M. Adde maintint l'ouverture béante au moyen de mèches de charpie, fit des injections avec une décoction de guimauve; il dilata ensuite le canal avec une sonde en argent et une bougie en gomme élastique. La malade fut ensuite mise à l'usage interne d'une solution des pré-

parations d'iode et après 7 mois la guérison était complète. Trois ans plus tard, nouvelle rechute, même traitement suivi de succès. (*Journ. des Conn. médicales*, mars, p. 162.)

M. Lisfranc (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 131) trouve que la fistule lacrymale est toujours guérissable sans opération par le traitement antiphlogistique et résolutif *local*. « Il distingue toujours, dit-il deux états ou plutôt deux degrés différents dans l'inflammation : l'inflammation franche et la sub-inflammation, ou inflammation sub-aiguë. » En appliquant cette distinction à l'inflammation de la muqueuse oculo-nasale, M. Lisfranc commence par abattre cette inflammation à l'aide des moyens convenables ; il emploie à cet effet des sangsues, des cataplasmes, des collyres émollients, etc ; de cette manière il convertit l'inflammation aiguë en une inflammation sub-aiguë ou chronique. Alors il dirige le traitement contre cette sub-inflammation, ce qu'il fait au moyen de révulsifs intestinaux, des collyres plus ou moins astringents, de fumigations avec une décoction de sureau, de romarin, ou d'autres substances végétales aiguisées avec un peu d'alcool, pour les rendre plus actives. M. Lisfranc dit être arrivé à guérir plusieurs malades qui, entre les mains d'autres chirurgiens, eussent probablement eté soumis à une opération.

M. Benedict (*Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde*, 1842, p. 133) s'est occupé longuement du traitement de l'inflammation et de la fistule du sac lacrymal, qui doit varier toujours selon les causes productrices du mal. Nous voudrions pouvoir conseiller à M. Lisfranc la lecture du travail du professeur de Breslau.

M. Huzard a lu à l'Académie de médecine de Paris

un rapport sur un travail de M. Lemaître, dans lequel se trouve comprise une observation de fistule lacrymale. Il s'agissait d'une petite fille de 5 ans, qui, depuis sa naissance, porte sur chaque joue, sur le trajet du sac lacrymal, à 3 ou 4 millimètres au-dessous de la commissure des paupières, une ouverture fistuleuse par laquelle sortait de temps en temps une gouttelette de liquide transparent. M. Lemaître demandait à l'Académie s'il convenait d'opérer; il lui a été écrit que ce corps savant n'avait pas mission de répondre aux questions qu'on lui soumet sur des cas particuliers de pratique. D'après M.Blandin,cette observation « pourrait bien être un exemple de fistule du conduit lacrymal inférieur, cas très-rare, quoique Morgagni en ait cité un exemple. » Sur la proposition de M. Bégin, M. Lemaître a été prié de donner des détails plus circonstanciés sur le fait dont il a été témoin. (*Gaz. Méd. de Paris*, n° 1.) Jusqu'à ce jour, il n'a pas répondu à l'invitation de l'Académie.

Nous trouvons dans le *Schmidt's Jahrbücher*, XXXIII, p. 98, la traduction d'un mémoire de M. Duval sur une modification apportée à la canule de Dupuytren pour la fistule lacrymale. Déjà, en mai 1840 (vol. III p. 95) les *Annales d'Oculistique*, ont fait connaître cette modification d'après le *Jornal da Sociedade de Sciencias medicas da Lisboa*.

5.*Calculs lacrymaux*.—M. Cunier donne la relation, dans les *Annales de la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines*, de deux cas de calculs développés dans des canules placées dans le canal nasal; il cite deux autres faits qui lui ont été communiqués, l'un par M. Stiévenart, l'autre par M. Thibou. Ces faits sont donnés par M. Cunier comme des exemples de diathèse calculeuse; M. Bule-

kens les a envisagés sous le même point de vue. (V. *Archives de la méd. belge*, juillet 1842.)

L'observation d'un calcul extrait du conduit lacrymal droit a fourni à M. Desmarres (*Ann. d'Ocul.*, VII, p.149; VIII, p. 85 et 201) l'occasion d'entrer dans les plus judicieuses considérations sur la production des calculs lacrymaux et sur la nécessité de leur donner un nom et de les classer dans les cadres nosologiques. Ce laborieux confrère a rassemblé et commenté les faits épars sur la matière. Son travail est ainsi venu combler une véritable lacune.

La *Belgique médicale* (n° 2) rend compte en ces termes d'une communication faite par M. Phillips à l'Académie royale de médecine de Belgique, le 26 décembre 1842 :

» Dans la dernière séance de l'Académie royale de médecine, M. le docteur Phillips a communiqué, en son nom, et au nom de M. le docteur Cunier, l'observation d'un calcul trouvé dans le canal nasal. Il s'agit d'un malade rhumatisant, et atteint d'une rhinite chronique, qui s'est aperçu il y a dix-huit mois qu'une petite tumeur, dure, indolente, de la grosseur d'un petit pois, s'était formée dans la région du sac lacrymal du côté gauche. Peu à peu cette tumeur disparut derrière le rebord orbitaire. Quelques mois plus tard, il se manifesta une tumeur lacrymale, qui s'abcéda. Un chirurgien de Liége, consulté, fit l'opération de la fistule lacrymale, et engagea dans le canal nasal une canule en plomb; celle-ci ne pénétra qu'à deux lignes et ne put être supportée; une seule fois, quelques gouttes de l'injection, pratiquée par le canal, pénétrèrent dans la narine.

« En septembre dernier, le malade s'adressa à

M. le docteur Cunier ; la fistule s'ouvrait alors à deux lignes au-dessous du rebord orbitaire, la peau était décollée jusqu'au-dessus de l'attache tendineuse de l'oblique. L'ouverture extérieure fut agrandie, et MM. Cunier et Carron du Villards introduisirent dans le canal nasal une corde à boyau qui s'arrêta à deux lignes environ dans le conduit. Dès le deuxième jour, M. Cunier parvint à faire pénétrer la corde dans la narine, en roulant son extrémité libre dans les doigts. Ce moyen, mis en usage pendant quelque temps, rétablit le cours des larmes, et bientôt la cicatrisation de la plaie eut lieu ; la guérison parut complète.

« Le malade avait quitté Bruxelles depuis huit jours, lorsque le matin, en se regardant dans la glace, il s'aperçut qu'un suintement avait lieu ; il s'en revint aussitôt chez M. Cunier, qui se hâta de débrider et de donner issue à une collection purulente qui s'était formée en arrière du sac. La difficulté que lui et M. Carron du Villards avaient rencontrée lorsqu'ils avaient traversé le canal, la marche insolite du mal, l'engagèrent à réclamer l'assistance de M. Phillips.

« La nécessité d'un nouveau débridement et de la dilatation du canal par la corde à boyau fut reconnue ; un stylet, engagé dans le canal, s'arrêtait à 2 lignes, contre un obstacle qu'il ne pouvait franchir. La pointe du bistouri venait heurter cet obstacle. La sensation éprouvée par le malade, le son produit par le stylet, démontrèrent à MM. Phillips et Cunier qu'ils avaient affaire à un calcul, qui, en se reportant au commémoratif, s'était sans nul doute formé dans le sac, et s'était engagé ensuite dans le canal nasal. Les efforts pour le pousser dans la narine étant demeurés sans résultat, force fut de

le broyer sur place, au moyen du stylet et du mandrin qui sert à introduire et à retirer la canule de Dupuytren. Lorsque son volume eût été convenablement réduit, l'emploi de la sonde de Deleau pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, instrument qui fut choisi à cause de sa forme, réussit à le faire arriver en fragments dans le nez. Le canal fut dilaté pendant 15 jours, d'abord à l'aide d'un fil de soie, puis d'une chanterelle et d'une corde de *ré;* la cicatrisation de la plaie externe s'est ensuite promptement opérée et la guérison peut être regardée comme certaine.

» Le calcul rencontré dans ce cas par MM. Phillips et Cunier n'appartient pas à la classe des *rhinolites*, ou pierres formées dans le canal nasal, mais bien à celle des calculs du sac lacrymal. D'après M. Desmarres (*Annales d'Oculistique*, novembre 1842), la science ne possède que quatre observations de cette dernière variété ; elles ont été recueillies l'une par Lachmund, (p. 72), la seconde par Schmucker (*Vermischte chirurg. Schriften*), la troisième par Krimer (*Journ. für Chir. und Aug.* 1827), et enfin la quatrième par Leramier (*Revue méd.*, 1824).— La pierre, formée dans le sac, a dû s'engager dans le canal ; la canule de plomb l'aura chassée vers l'orifice nasal ; la corde à boyau introduite par MM. Cunier et Carron aura pu se frayer un passage, *toujours difficile*, entre le calcul et la muqueuse ; ce passage s'est bientôt oblitéré, une nouvelle tumeur lacrymale s'est manifestée et a nécessité l'opération qui a permis de détruire par broiement le corps étranger cause du désordre. — Ces diverses circonstances rendent excessivement curieux et intéressant le fait communiqué à l'Académie par MM. Phillips et Cunier. »

Cette observation sera publiée *in extenso*, dans les *Annales d'Oculistique*.

6. *Dacryops palpebrae superioris*. — Qu'a donc voulu décrire Schmidt, sous ce nom? M. d'Ammon (*Journ. cité*, p. 309) fait remarquer que la littérature ne possède que les deux cas rapportés par Schmidt; qu'on les a diversement commentés, mais que jamais il n'en a été produit de nouveaux. Dans sa pratique oculistique si étendue, M. d'Ammon n'a jamais observé cette affection. Déjà M. Carron du Villards (*Guide pratique*, I, p. 397) avait écrit : « Je n'ai jamais rencontré cette maladie. Sans le » témoignage de Schmidt, de Schoen, je serais tenté » de la regarder comme une maladie problématique. » Comme MM. D'Ammon et Carron, jamais nous n'avons eu l'occasion d'observer l'affection dont a parlé Schmidt.

## § III. Maladies de l'orbite.

1. *Inflammation du tissu cellulaire*. — On trouve dans les *Annales d'Oculistique* (VII, p. 4), l'histoire d'une inflammation du tissu cellulaire de l'orbite, déterminée par la présence d'un morceau de bois qui fut extrait au troisième mois par M. Cunier. Les accidents qui avaient plusieurs fois compromis la vie du malade cessèrent immédiatement après que le corps étranger eût été enlevé.

2. *Athérôme*. — M. le professeur Rosas (*Oesterr. Med. Wochenschrift*, 1842, n° 1) a rencontré une exophthalmie due à un athérôme de l'orbite; il insiste à ce propos sur la nécessité, dans les tumeurs intra-orbitaires entretenant l'exophthalmie, de recourir toujours à une ponction exploratrice; dans ce cas,

on avait cru à une affection maligne et l'extirpation avait été proposée.

Un tumeur de même nature a été extirpée, également avec succès, par M. Hauser, professeur à l'université de Olmütz. (*Neumeister's Repertorium*, janvier, p. 174.)

M. Kampmann, vétérinaire à Landsberg rapporte (*Magazin für die gesammte Thierheilkunde*) l'observation d'une exophthalmie dont était affectée une vache, et qu'il croyait due à une exostose. Il proposa l'extirpation, mais on n'y consentit pas. L'animal fut livré à la boucherie. M. Kampmann enleva l'œil; au lieu d'une exostose, il trouva un athérôme de la grosseur du poing, enveloppant le nerf optique, adhérant à la face postérieure du globe, et remplissant toute la cavité de l'orbite. Deux tumeurs de même nature existaient « dans les parois abdominales, vers la région ombilicale; elles étaient chacune du poids de six livres. « Il en a été trouvé dans l'utérus, dans les feuillets du mésentère, et dans les reins.

3. *Hygrôme.* — Le cahier de septembre de la *Zeitschrift für die gesammte Medicin* de M. Oppenheim, renferme une observation de cette maladie, rapportée par M. le docteur Dornblüth, de Plau. Il s'agit d'une fille de 22 ans, ayant toujours été bien portante, qui contracta, en août 1840, une ophthalmie rhumatismale contre laquelle elle mit en usage des calmants employés à l'intérieur et enfin une sangsue qui fut appliquée à l'angle externe de la paupière inférieure. Cette application eut pour résultat de déterminer la tuméfaction de cette paupière; l'œil rougit, les douleurs devinrent plus violentes; des onguents divers furent employés sans produire d'amélioration; cette fille fut bientôt obli-

gée d'entrer dans un hôpital où elle fut traitée infructueusement pendant plusieurs mois. En février 1841, elle s'est présentée à M. Dornblüth dans l'état suivant : l'œil était porté vers l'angle externe au-dessus du rebord orbitaire, la paupière supérieure fortement enflammée recouvrait plus de la moitié de la cornée, qui paraissait entièrement transparente ; la pupille était dilatée et immobile. Depuis le mois d'octobre 1840, la vue était tout à fait perdue; la conjonctive de la sclérotique était rouge, tuméfiée, dure. La tumeur s'étendait depuis le nez jusqu'à l'apophyse zygomatique, formant comme une masse charnue, unie, un peu luisante, du volume d'un œuf de poule. Un dessin est joint à la narration. Les larmes et des mucosités s'écoulaient par l'angle interne. La malade, fortement amaigrie, ressentait des douleurs atroces dans l'orbite ; depuis plusieurs semaines elle n'avait plus de sommeil; le pouls donnait 90 pulsations ; l'examen à la loupe démontrait de la manière la plus certaine que l'intérieur de l'œil était sain, la maladie devait donc résider dans l'orbite. Une ponction exploratrice eut lieu ; immédiatement après, une incision pratiquée donna issue à une grande quantité de liquide séreux, clair, qui coula toute la nuit et amena une diminution assez notable de la tumeur. Le second jour, en explorant la tumeur, on reconnut que sa paroi avait plus de deux lignes d'épaisseur et était d'une texture tendineuse très-résistante ; une sonde introduite dans son ouverture pénétrait à deux pouces et demi dans l'orbite et faisait sortir du sac de la lymphe troublée. Un bourdonnet fut placé dans la plaie et un bandage compressif employé. Immédiatement après l'operation les douleurs avaient diminué, et la tumeur également. Le 5e jour le bour-

donnet fut chassé au dehors par l'écoulement de la sérosité ; il entraîna avec lui un sac haut de 2 pouces, d'une égale largeur, épais de plus d'une ligne et entièrement transparent. L'œil rentra peu à peu dans l'orbite et reprit sa place. Le huitième jour la plaie était cicatrisée. Un ectropion de la paupière inférieure qui persistait, fut traité par la cautérisation. En mai, le globe avait sa forme et sa position normales, les paupières étaient parfaitement mobiles; la vue est demeurée perdue.

4.) *Tumeurs érectiles.* — Trois observations de tumeurs érectiles développées dans l'orbite ont été consignées par M. Dieulafoy dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie de Toulouse.* Ce recueil n'étant pas en notre possession, force nous est d'emprunter à l'*Examinateur médical* (n° 26) l'analyse du travail de notre confrère de Toulouse.

« L'auteur commence par poser en fait qu'il n'y a pas deux espèces de vaisseaux capillaires, comme le pensait Bichat, et qu'on peut, avec M. Roux, distinguer les tumeurs érectiles en *veineuses* et en *artérielles.* Puis il rapporte trois cas de tumeurs érectiles de l'orbite. — La première existait chez un enfant, sous la paupière supérieure droite, et elle augmentait considérablement lorsque cet enfant poussait des cris : M. Vignerie fit l'opération (on ne dit pas laquelle) et l'enfant guérit très-bien. — La deuxième existait également sous la paupière inférieure droite, et l'œil chassé en dehors avait perdu la faculté de voir. Le chirurgien, malgré le danger de l'extirpation chez un enfant de 3 ans, ne vit pas d'autre ressource. Il fit une incision semi-circulaire, à convexité inférieure, qui s'étendait de l'angle externe à l'angle interne, et dépassait le

rebord de l'orbite. Le lambeau étant disséqué, il se composait de la peau, du muscle et du tissu cellulaire; la conjonctive qui se réfléchit de l'œil sur la paupière fut respectée, le tissu érectile ne parut point à nu; il était contenu dans l'orbite par un fascia très-bien organisé qui adhérait au rebord orbitaire. Ce fascia soulevé, il fut aisé de reconnaître la maladie qui fut enlevée par des pinces et des ciseaux, et *le fond de la tumeur fut enlevé*. Pour arrêter l'hémorrhagie qui était très-abondante, on tamponna avec un bourdonnet de charpie. Deux jours après, celui-ci fut enlevé, sans nouvelle perte de sang, et au moyen d'un bandage les lambeaux se réunirent immédiatement et ne formèrent qu'une cicatrice linéaire.

« Le 3e malade, âgé de 6 ans, avait une tumeur plus volumineuse; l'œil était presque hors de son orbite : même opération; on trouva le même fascia. Après la guérison il fallut recourir à une pression graduée et longtemps soutenue pour faire rentrer l'œil dans son orbite, et ce n'est que lorsqu'il eut repris sa place que la vue se rétablit.

« Plusieurs chirurgiens, et dernièrement encore MM. Jobert et Velpeau, ont, en pareil cas, fait la ligature de la carotide avec succès. Un fait qui nous a paru bon à noter dans les observations de M. Dieulafoy, c'est l'aponévrose dont il croit avoir vu le tissu morbide enveloppé. Il pense que ce tissu, formé par un développement des vaisseaux capillaires, est ordinairement enveloppé et circonscrit par une enveloppe fibreuse, comme le corps caverneux de la verge. Il serait utile de vérifier ce fait. Peut-être cette lame fibreuse qu'il a vue adhérer au rebord orbitaire, n'était-elle que l'aponévrose qui, de ce rebord, va se rendre au cartilage tarse. Il est

vrai que le chirurgien, à ce qu'il dit, était arrivé sous la conjonctive. »

M. Albers (*Canstatt'sJahresbericht*, p. 33) parle, en passant, d'un cas de tumeur érectile de l'orbite observé par M. Adams et dont la relation a été consignée dans le *Dublin Journal of medical sciences*.

5. *Plaie de l'orbite.* — *La Dublin medical Press* donne la relation du fait suivant, que nous reproduisons d'après la *Gazette médicale de Paris* nº 42; elle due à par M. Geoghegan.

Obs. — Un enfant de 4 ans s'amusait à faire tourner un cercle, lorsqu'il tomba, et le bâton pointu avec lequel il le poussait traversa la paupière et pénétra dans l'orbite, d'où il le retira lui-même, couvert de sang dans une étendue de près de 2 pouces. L'enfant n'éprouva d'abord aucun symptôme fâcheux; mais, au bout de trois heures, il tomba dans un assoupissement léger. Bientôt le délire, puis des convulsions se déclarèrent, et, malgré le traitement le plus actif, il succomba trente-deux heures après l'accident.

Autopsie. — Les enveloppes du cerveau paraissent saines dans toute leur étendue, à part une légère extravasation autour du nerf olfactif droit. La partie orbitaire du frontal offre une fracture. Dans le point correspondant du cerveau, on découvre à la surface inférieure du lobe antérieur, une déchirure formant l'extrémité d'une plaie qui pénètre en haut et en arrière, passe au dessus de la scissure de Sylvius et se termine à la partie inférieure du corps strié. La surface de ce trajet à travers la substance cérébrale était rouge et un peu ramollie. En examinant attentivement le crâne, on reconnut un fragment du bâton, d'un pouce de longueur sur un tiers de pouce d'épaisseur, qui s'était rompu dans le

trou optique et avait pénétré jusqu'au côté externe du nerf de même nom, déchirant en partie l'artère ophthalmique et le nerf pathétique, et touchant presque au bord postérieur de l'apophyse clinoïde.

## § IV. MALADIES DES PAUPIÈRES.

1. *Tumeurs enkystées.* — L'extirpation conseillée par la plupart des chirurgiens, est pour M. Velpeau (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 79) une opération minutieuse ; « il faut disséquer avec soin, et quelque précaution que l'on prenne, si l'on a affaire à un kyste, il se peut qu'on l'ouvre ; on est forcé de l'exciser, si l'on ne cautérise pas exactement, on s'expose à la récidive. Si la tumeur est concrète, l'opération est beaucoup moins délicate. Mais quand il s'agit d'un kyste, M. Velpeau pense que l'incision doit être préférée ; elle est moins douloureuse et d'un succès tout aussi sûr. Quelques personnes, pour pratiquer cette opération, tendent la tumeur avec les doigts ; d'autres placent le manche d'un élévateur entre l'œil et la paupière. M. Velpeau se sert tout simplement de deux pinces ; l'une est tenue par un aide, et il tient l'autre de telle façon que la paupière se trouve tendue et en même temps écartée du globe de l'œil : il incise, il expulse la matière, et il badigeonne la cavité avec le nitrate d'argent. »

2. *Trichiasis.* — Quelques remarques de M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, VII, p. 16) prouvent que les moyens à employer pour combattre cette affection doivent varier suivant les cas ; chez deux malades dont le mal tenait à un relâchement des téguments palpébraux, il a eu recours à l'opéra-

tion qu'il pratique dans l'entropion ; chez un autre malade les orbiculaires spasmodiquement contractés ont été divisés par la méthode sous-cutanée ; la cautérisation de la conjonctive dégénérée a suffi dans un autre cas ; l'enlèvement d'un lambeau cutané, en forme de V, partant de 1 ligne en dessous du bord libre, combinée avec la réunion par la suture, a aussi été employée chez un de ses malades.

« M. Alessi ayant suivi pendant longtemps, à Naples, la clinique ophthalmologique du professeur Quadri, s'est assuré que les procédés, même les plus accrédités et les plus violents, proposés contre le trichiasis, tels que la cautérisation avec l'acide sulfurique, l'excision du bord libre des paupières, n'empêchaient pas toujours la maladie de persister. Il s'est occupé alors de chercher les causes de ces insuccès, et s'est trouvé naturellement conduit par cette investigation à préciser les différentes espèces de la maladie plus exactement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici ; ce qui explique les revers observés après l'emploi des meilleures méthodes, et met en même temps sur la voie d'un traitement plus rationnel et par conséquent plus généralement efficace.

« Le renversement en dedans des cils peut, suivant l'auteur, résulter de trois lésions bien différentes ; de là trois variétés de cette affection, aussi distinctes par leurs caractères que par le traitement qu'elles réclament.

« La première est le renversement dû au relâchement de la peau des paupières. Déterminé le plus souvent par une ophthalmie chronique, cet état de relâchement produit sur la direction des cils un effet que l'on peut facilement comprendre. La cautérisation par le procédé de Heling est ici le meilleur

moyen. L'auteur, qui en décrit le manuel opératoire avec beaucoup de détail, parle d'une pince qu'il a imaginée pour en simplifier l'exécution. Mais, comme il se borne sur ce point à une indication sommaire, nous ne pouvons indiquer ni le mécanisme ni les avantages de cet instrument, de l'emploi duquel il dit aussi avoir obtenu de bons résultats dans la pratique de toutes les opérations qui se font sur les paupières.

« La seconde variété de renversement des cils est celle que produit la déviation de leurs bulbes. M. Alessi pense que cette déviation succède le plus ordinairement à des abcès superficiels ou à des pustules qui se forment le long du bord du cartilage tarse; et l'on conçoit en effet que leur cicatrisation doit nécessairement entraîner un changement dans la direction des bulbes pileux ambiants. Le moyen auquel il accorde la préférence dans ce cas, est l'excision du bord de la paupière, ainsi que des bulbes cilifères. Une précaution qu'il ne faut jamais perdre de vue, dans les cas où la paupière supérieure et l'inférieure seraient malades, est de ne pas les opérer toutes les deux simultanément. Il pourrait en résulter, entre les deux bords maintenus affrontés pendant le sommeil, un commencement de réunion qu'on ne détruirait pas sans causer une douleur vive.

« Enfin, le renversement des cils en dedans peut encore être déterminé par un raccourcissement du cartilage tarse. Souvent, à la suite d'une suppuration des glandes de Méïbomius, le cartilage tarse se ramollit, et devenant dès lors incapable de conserver sa courbure naturelle, il subit comme un mouvement de rotation par suite duquel les cils sont portés contre le globe de l'œil. Un endurcisse-

ment, soit par engorgement simple, soit par incrustation de phosphate calcaire, peut s'emparer du cartilage ainsi dévié, et perpétuer à jamais cette disposition anormale.

« Pour remédier à cette dernière cause de renversement des cils, M. Alessi propose l'opération suivante : après avoir saisi le bord de la paupière malade, on fait à la peau une incision transversale au-dessus du cartilage tarse; puis avec un petit bistouri, on dissèque le bord supérieur de cette plaie dans une étendue aussi considérable qu'on le juge nécessaire pour obtenir le redressement de la paupière. Le lambeau cutané ainsi détaché est séparé d'un coup de ciseaux. Cela fait, l'opérateur pratique de dedans en dehors et de haut en bas, une incision transversale, qui divise la conjonctive palpébrale au-dessus du cartilage tarse. Après avoir lâché le bord de la paupière qu'on avait jusque là tenu avec la pince, il faut laisser reposer le malade pendant quelques instants. On termine enfin l'opération en réunissant par quelques points de suture les deux lèvres de l'incision faite aux téguments; et cette dernière manœuvre a pour résultat de faire basculer de dedans en dehors le cartilage tarse qui avait déjà été séparé de ses connexions avec la conjonctive, et qui est ainsi ramené dans sa direction naturelle.

Cette opération est ingénieuse, et quoiqu'on puisse à la rigueur la regarder comme composée en grande partie des procédés de Paul d'Egine et de ceux de MM. Crampton et Guthrie, à chacun desquels M. Alessi a emprunté un des temps du sien, il n'en reste pas moins à l'auteur le mérite d'avoir combiné les ressources qu'on possédait avant lui, de manière à constituer un moyen d'une efficacité sans doute

bien supérieure. Aussi, malgré la difficulté de son exécution, nous le conseillerons de préférence à toutes les autres méthodes, dans les cas, d'ailleurs assez rares, où il serait clairement établi que le trichiasis est dû à un raccourcissement du cartilage tarse (1). (*Il Filiatre Sebezzio*, déc. 1841.—*Gaz. méd. de Paris*, n° 10 p. 154.)

M. Pétrequin (*Gaz. méd. de Paris*, n° 12) a eu recours à une modification du procédé de Vacca Berlinghieri, mis en pratique avec prédilection par M. Flarer de Pavie. (Voyez *Annales d'Oculistique*, tome II.) M. Pétrequin regarde cette modification comme préférable au procédé de M. Jaeger, et surtout de Saunders (*extirpation du tarse*) et de Schreger (*excision du bord palpébral*).

Une femme avait une ophthalmie chronique, moins prononcée sur la conjonctive oculaire, résultat de l'irritation continuelle produite par le frottement des cils. Douleurs dans les mouvements du globe; épiphora; cornée terne; pupille resserrée; vue affaiblie. Paupières inférieures engorgées et œdémateuses; bords libres d'une rougeur intense; cils renversés en dedans, surtout en haut; en bas, ils sont en grande partie détruits. — M. Pétrequin a pratiqué sur la paupière inférieure une incision transversale d'un angle oculaire à l'autre, à une demi-ligne au-delà de la racine des cils; puis il a engagé la pointe effilée d'un bistouri dans l'épaisseur même du voile palpébral, derrière les bulbes ciliaires et en avant du cartilage tarse qu'il laissa intact. Il abaissa alors à chaque commissure une incision verticale qui réunit les deux précédentes,

---

(1) Voir l'appréciation de ce procédé, *Ann. d'Ocul.*, t. VII, page 17.

et lui permit d'enlever un petit lambeau quadrilatère, emportant avec lui les racines des cils. Des lotions tièdes favorisèrent l'écoulement sanguin; une artère palpébrale fut tordue. (*Immobilité de l'œil, compression méthodique.*)

La cure a été complète; sauf l'absence des cils, on ne s'apercevait point qu'une opération chirurgicale avait été pratiquée.

Dans le cas suivant, M. Pétrequin (loc. cit.) a obtenu une guérison digne de remarque; nous laissons parler ce chirurgien :

OBS. « La nommée Curtat Cadet, âgée de 36 ans, m'est adressée le 7 juin 1841, dans un état presque complet de cécité. A l'âge de 5 ans, elle a perdu, par la petite vérole, l'œil gauche, dont trois ans plus tard M. Bouchet fut obligé de pratiquer l'extirpation partielle, vers 1815. L'œil droit est myope; il fonctionna bien jusqu'à l'âge de 27 ans, époque où survint une ophthalmie qui fut traitée et guérie par M. Gensoul; en 1831, nouvelle ophthalmie suivie de taches kératiques et d'affaiblissement considérable de la vue. Elle fut traitée avec avantage par M. Bajard; elle recouvra assez de vue pour lire; les paupières avaient commencé à être affectées de trichiasis. On pratiqua plus de trente fois l'arrachement des cils; l'amélioration n'était que momentanée. La malade continua chez elle ces opérations, dont elle évalue le nombre à cent.

« En 1838, ayant continué à perdre la vue, elle eut recours à l'électricité, avec un soulagement qui ne fut que temporaire. Elle se mit alors entre les mains de l'homœopathie; la vue n'éprouva aucune modification heureuse, les douleurs seules furent calmées. Voici son état au 7 juin 1841 : les bords ciliaires sont déformés et

irréguliers ; les cils sont déviés en dedans et labourent continuellement la surface de l'œil; il y a une blépharite chronique avec conjonctivite oculaire : la cornée est déformée, fortement bombée, vasculaire, opaque, ce qui a détruit la vue, au point que la malade ne peut se conduire, qu'elle n'entrevoit les personnes que comme des ombres, et ne peut reconnaître les petits objets, même à proximité. Elle est très-fatiguée par une névralgie de l'œil et de l'orbite, compliquée de céphalée, avec des exacerbations assez fortes pour occasionner une insomnie prolongée pendant plusieurs mois. A son arrivée, elle prend ses règles, ce qui retarde le traitement de quelques jours. Le 12, une bouteille d'eau de Seidlitz purgative ; instillations d'un collyre astringent et laudanisé, pour la préparer à l'opération, que je pratique le 16 juin.

« *Procédé opératoire.*—Je commence par la paupière supérieure; je la soulève sur le manche de mon élévateur pour la strabotomie ; je la tends en dehors avec une pince à dents de souris et à agrafes ; puis je pratique, d'un angle oculaire à l'autre, et parallèlement au bord palpébral, une incision qui passe derrière la racine des cils ; alors, avec la pointe effilée d'un bistouri engagé dans l'épaisseur de la paupière, en avant du cartilage tarse et derrière l'implantation ciliaire, je détache une languette de peau, de manière à emporter avec elle tous les bulbes pilifères. Il survient un écoulement sanguin que je favorise pendant quelques instants avec des lotions d'eau tiède. Pansement avec des compresses d'eau de roses laudanisée. (Diète; tis. viol. till.; potion diacodée, immobilité de l'œil ; compression méthodique.)

« Le 18. Premier pansement ; pas d'inflammation ; l'état névralgique est moindre ; il y a un peu de sommeil; appétit. 25. La cicatrise est si avancée que la perte de substance est en grande partie réparée ; la vue semble

un peu moins trouble. Cette amélioration est plus sen sible le 29, et assure la possibilité prochaine d'une seconde opération. Le 30 juin, elle prend ses règles, ce qui amène un délai. Deuxième purgatif le 6 juillet.

« Le 7. Deuxième opération appliquée à la paupière inférieure, pratiquée de la même manière; pansement *idem*. La nuit est bonne; il y a un sommeil de sept heures. 9. Pas d'inflammation; le mieux est progressif; le trouble de la vue diminue, ainsi que les douleurs. Elle commence à entrevoir quelques objets. Le 14. Elle distingue la teinte jaune du laudanum dont on imbibe ses compresses. 18. Elle reconnaît des ciseaux. (50 centigr. de calomel.) 20. Les paupières deviennent unies et fort belles; la déperdition de substance est comblée et a disparu par le travail de la cicatrisation; la conservation des cartilages tarses a permis le rétablissement complet de la forme du voile palpébral; attouchement avec le sulfate d'alumine pour parachever la cicatrisation. Collyre avec le sulfate de zinc et le laudanum. Le 26, la cornée commence à s'éclaircir; la malade entrevoit ses doigts, mais sans distinguer encore ses ongles; l'état névralgique circum-orbitaire s'est beaucoup amendé. 30. Elle aperçoit les malades qui se promènent dans la salle; elle accuse encore quelques douleurs dans l'œil, et je remarque deux cils très-fins qui se sont développés sur le point lacrymal supérieur. Je pratique la résection des téguments où ils sont implantés.

« Le 3 août. Le résultat est très-satisfaisant; le bord palpébral a sa forme régulière.

« Le 7, elle distingue les ongles de ses doigts et déchiffre de près des numéros de 2 pouces. Le 9, elle lit quelques caractères d'impression de 5 lignes de haut. Je fais commencer des instillations de laudanum pur. Le 13, la cornée devient plus nette, surtout en haut; la vue

gagne peu à peu en finesse et en étendue; elle fixe les fils du tissu de ses draps. Le 15, elle reconnaît les montants en fer du pied de son lit. Le 19, la cornée s'est éclaircie dans ses trois quarts supérieurs. Le 24, elle commence à apercevoir les sœurs hospitalières à quelques pas. Le 27, elle entrevoit les petits soliveaux au plancher. Le 6 septembre, pour dilater la pupille et prévenir une synéchie postérieure, application tous les jours d'une compresse imbibée d'extrait du belladone. Le 8, elle peut lire quelques caractères d'imprimerie. Le 14, la vue est plus étendue que jamais; la transparence est en partie revenue dans la cornée, sauf en bas. (Grand bain de propreté, le 16.)

« Le 23 septembre. Elle sort; les paupières sont parfaitement restaurées. Leur bord libre est dépouillé de cils, mais net et régulier; les mouvements de l'œil sont faciles et étendus. Il n'y a plus de douleurs; la malade voit bien et lit assez couramment dans un livre de prières.»

M. Pétrequin fait observer qu'en laissant intact le cartilage tarse, on conserve à la paupière sa forme normale, le jeu de ses mouvements, et le libre exercice de ses fonctions pour protéger l'œil et concourir à la vision. La plaie se cicatrise en peu de temps; il ne peut y avoir de récidive, puisque le bulbe pilifère est enlevé. L'expérience clinique lui a démontré que la paupière opérée n'offre d'autre difformité qu'une absence des cils; le bord libre devient si régulier qu'après la guérison on ne se douterait pas de la déperdition de substance. La peau des paupières mobile et extensible est aidée dans ses mouvements par le tissu cellulaire lâche qui l'unit au fascia sous-cutané; elle glisse facile-

ment, et la petite plaie se comble par le transport du tégument qui vient se cicatriser avec le bord libre. Ces considérations lui semblent assurer une prééminence marquée à la résection de la zône ciliaire sur tous les autres procédés.

3. *Symblépharon et Ankyloblépharon.* — M. le docteur Pétrequin a aussi publié sur ce sujet (*Ibidem*, p. 186-188) les remarques qui suivent :

« A l'égard des adhérences des paupières avec le globe de l'œil, l'art est dépourvu de ressources réellement efficaces. » M. Malgaigne a résumé ainsi l'état actuel de la science : « Les adhérences des paupières au globe de l'œil peuvent fort bien être détruites à l'aide du bistouri ; *mais nous ne connaissons aucun moyen d'en prévenir le rétablissement.* » (*Man. de méd. opér.*, 1839, p. 402.) M. Velpeau tient à peu près le même langage.

« Ce n'est pas sans doute que cette affection soit essentiellement incurable. L'incision, l'excision, la cautérisation, etc., qu'on emploie, sont entachées d'un vice radical. S'y prendrait-on autrement pour produire des adhérences, si elles n'existaient pas ? Ce qui se passe dans les doigts palmés démontre surabondamment l'insuffisance de ces moyens. En général, c'est s'abuser singulièrement que de compter, pour prévenir la récidive, sur les mouvements de l'œil, sur les plaques métalliques de Van Solingen, ou sur l'œil artificiel de Demours.

« Ayant eu à traiter un malade que n'avaient pu guérir plusieurs praticiens distingués de la Suisse et de l'Italie, je me suis préoccupé des causes d'insuccès et des moyens d'y remédier. Le but qu'on se propose est simple, mais la méthode manque pour l'obtenir. En effet, pour prévenir le retour des adhérences, il ne suffit pas de les détruire par le mode

jusqu'ici connu; j'ai imaginé de placer les surfaces dans des conditions différentes et indépendantes de vitalité et d'activité organiques. J'ai voulu rompre les rapports de cicatrisation de chacune d'elles. Le principe, c'est que les phases de réparation ne se correspondent pas. Il faut éviter qu'il y ait simultanéité; il faut que la période de ce travail s'achève dans l'une lorsqu'il commence à peine dans l'autre.

« Voilà la méthode; restait à trouver le moyen de remplir cette indication. Voici le procédé opératoire que j'ai imaginé : je passe dans l'épaisseur des adhérences, à une profondeur variable, une aiguille armée d'un fil double pour permettre de pratiquer simultanément deux ligatures. Je serre la première assez mollement du côté de la paupière pour opérer la section à la longue; j'étreins, au contraire, la deuxième fortement du côté de l'œil, de façon à couper bientôt la bride; j'ai ainsi sur la sclérotique une plaie en voie de cicatrisation, avant que du côté de la paupière aucune surface soit encore mise à nu. Je puis en conséquence employer sur ce point les agents appropriés, et mettre les parties dans la nécessité de se cicatriser isolément; car le petit moignon, très-minime, compris entre les deux ligatures, est inapte, par sa nature, à contracter aucune adhérence, puisque, étranglé qu'il est, il est dépourvu de vitalité et doit tomber en s'atrophiant. Il en résulte que la plaie du côté de l'œil poursuit son travail de cicatrisation, pendant que l'autre ligature est encore occupée à opérer la section de la bride sur la paupière. Plus les adhérences sont denses et fibreuses, plus il est facile, avec une différence dans le degré de constriction, d'établir à volonté une différence de plusieurs jours entre l'une et l'autre sections. A-t-on affaire à des brides très-

épaisses, on en effectuera la dissection en plusieurs temps, en pénétrant chaque fois à une plus grande profondeur.»

M. Serre, (*Traité de l'art de restaurer les difformités de la face*, p. 375), a eu à traiter un malade chez lequel la cautérisation d'une pustule maligne dans l'angle externe de l'œil, avait produit un grand nombre de cicatrices qui avaient fini par entraîner d'une part, une adhérence entre les paupières, et de l'autre un renversement de la paupière inférieure. La paupière supérieure recouvrait presque en entier le globe. M. Serre pratiqua à la commissure externe des paupières une incision transversale d'environ 3 lignes, qui permit presque immédiatement à la paupière de se relever, et de mettre l'œil à découvert. Pour maintenir les paupières dans un état d'isolement, deux points de suture entrecoupée furent passés sur chacune d'elles, de manière à affronter la conjonctive palpébrale avec la peau. La réunion se fit d'une manière satisfaisante; le malade se refusa à une opération pour l'ectropion.

Ce mode opératoire a souvent réussi à M. Serre dans des cas semblables.

4. *Entropion.*— La section sous-cutanée de l'orbiculaire, pratiquée d'abord par M. Cunier, et ensuite par MM. Phillips et Pétrequin (voir *Annales d'Oculistique*, avril, mai et septembre 1841), a été mise en usage par le docteur Neumann, de Strasbourg (Prusse-occidentale), qui paraît avoir ignoré que cette méthode avait déjà été mise en usage. Voici la relation que donne M. Neumann (*Casper's Wochenschrift*, 1842, n° 9) de l'opération qu'il a pratiquée :

« Obs. Mathias Zacharski, âgé de 18 ans, a contracté

des entropions aux paupières inférieures à la suite d'ophthalmies scrofuleuses aux deux yeux. Les cils tournés contre la cornée l'irritaient tellement, qu'à l'œil droit cette membrane était devenue presque entièrement opaque, et qu'à gauche il ne restait de transparent qu'un petit segment supérieur. Le malade ne pouvait voir un peu qu'en faisant des contorsions horribles. M. Neumann pratiqua l'opération suivante : il engagea d'abord entre la paupière supérieure et le globe de l'œil une plaque de corne pour garantir ce dernier ; puis il enfonça un ténotôme dans la tempe, à un demi-pouce de l'angle externe de l'œil, en poussa la pointe entre la peau et la face supérieure du muscle releveur de la paupière jusqu'à l'angle interne de l'œil ; arrivé là, il tourna le tranchant de l'instrument en dedans, et divisa le muscle releveur des paupières et tous les tissus appliqués sur la plaque de corne, et retira l'instrument par le point où il avait pénétré. Il coupa semblablement le muscle de la paupière inférieure, en pénétrant par la plaie déjà existante à la tempe. Les cils de la paupière reprirent alors une direction normale, et la conservèrent à l'œil gauche, où la vue s'est complétement rétablie. Mais à droite on fut obligé de réitérer l'opération au bout de trois semaines ; encore l'amélioration ne fut-elle que légère à cause de l'opacité de la cornée. »

Cette opération diffère essentiellement de celle pratiquée dans les cas analogues, par MM. Cunier, Phillips et Pétrequin. Le récit suivant, emprunté à ce dernier chirurgien (*Bulletin général de Thérapeutique*, 1842), fera apprécier le procédé ; les détails d'anatomie pathologique qu'il fournit doivent être notés :

Obs. — Une ouvrière, âgée de 45 ans, se présente à

M. Pétrequin avec un entropion complet à droite. Il remarque que la paupière inférieure se plisse et se roule en dedans, en se recoquillant sur elle-même d'une manière concentrique, absolument dans le sens des fibres circulaires du muscle palpébral. Le doigt appliqué sur les parties sent la contraction des fibres qui augmente si l'on fait arriver sur l'œil une plus grande quantité de lumière ; le spasme est permanent. Après avoir examiné la disposition anatomique, M. P. s'arrêta, le 22 août, au procédé suivant :

*Procédé opératoire.* — M. Pétrequin fait tendre la paupière inférieure au moyen d'une pince placée à l'angle externe ; il implante un ténotome effilé à la partie moyenne de l'orbite, au niveau du rebord osseux de la courbe orbitaire inférieure ; puis, par un mouvement de bascule, il en fait filer la pointe jusqu'au bord libre de la paupière (sans cela le résultat serait incomplet), en passant derrière l'orbiculaire. Cela fait, il opère la section du muscle par un mouvement de dégagement de la lame, en favorisant l'opération à l'aide du doigt appliqué sur la peau, de manière à suivre tous les temps de la manœuvre. L'instrument est retiré ; il se produit une ecchymose qui se résorbe facilement. On facilite le résultat à l'aide d'une compression méthodique. M. Pétrequin coupa ainsi le muscle dans sa plus grande largeur, et dans toute son épaisseur, et il n'eut qu'une seule ouverture qui était cicatrisée en vingt-quatre heures, presque sans douleur et sans accidents ; circonstances qui semblent assurer dans *l'entropion musculaire* une prééminence marquée à la myotomie sur tous les procédés connus dans la science.

Chez cette malade les choses se passèrent bien, et l'entropion aurait sans doute complétement disparu sans

l'engorgement de la paupière et la laxité de la peau, suite de l'ophthalmie chronique qui occupait cet œil. Un mois après, elle fut prise d'une pneumonie double sur-aiguë qui marcha avec violence et l'emporta rapidement malgré le traitement le plus énergique.

*État de la paupière opérée.* — Point d'ecchymose ; la peau enlevée avec précaution on ne trouve pas d'épanchement sanguin. Le muscle palpébral est mis à nu avec soin, et M. Pétrequin ne put trouver aucun vestige de la solution de continuité pratiquée, soit au milieu, soit en dehors. Il semblait seulement que dans ces deux points il y avait une modification dans la couleur du muscle qui était d'un rose plus pâle ; il n'y avait point de tissu de cicatrice.

Cette manière de procéder à la section sous-cutanée de l'orbiculaire des paupières est celle qu'avait suivie M. Cunier (*Bull. de l'Ac.*, mai 1841, p. 193), à cette exception près, qu'au lieu d'appliquer une pince à l'angle externe, le chirurgien belge en a placé une à doubles branches au bord libre de la paupière, sur lequel la traction a été opérée, pendant que l'indicateur et le médius de la main gauche, appliqués sur le rebord orbitaire, tendaient la peau. M. Cunier a trouvé (*Ann. d'Ocul.*, VI, p. 265) que sans l'application d'une semblable pince, la section serait par trop difficile à la paupière supérieure ; il signale aussi comme fort importante, la recommandation de M. Pétrequin de faire pénétrer la pointe du myotôme jusqu'au bord palpébral ; sans cette précaution, on pourrait n'obtenir qu'un demi-succès.

La section sous-cutanée de l'orbiculaire a aussi été mise en pratique aux Etats-Unis, par M. Blackmann, qui en rapporte l'idée au docteur Parker, et ne

mentionne pas les tentatives heureuses de MM. Cunier, Phillips et Pétrequin connues depuis quinze mois en Amérique. Voici la traduction de la lettre qui a été adressée par M. Blackmann au rédacteur de la *New-York Lancet*, et a été insérée dans le n° du 25 juin 1842 de ce journal :

« J'ai lu, dans un des derniers numéros de votre journal, une courte notice sur l'opération recommandée et pratiquée par M. Dieffenbach dans les cas de ptosis. Comme j'ai moi-même opéré un malade qui souffrait depuis plusieurs années de cette affection, j'ai pensé qu'une relation succincte de mon opération ne serait pas sans quelque intérêt pour vos lecteurs, puisqu'elle tend surtout à corroborer les observations présentées par ce célèbre chirurgien sur ce sujet.

« Mme Hall, âgée de 40 ans, avait eu, à l'âge de vingt ans, une forte attaque de fièvre typhoïde, durant laquelle la tête avait été très-affectée. Quelque temps après sa convalescence, elle ressentit des douleurs atroces au-dessus des sourcils et dans la région temporale gauche. Bientôt elle commença à ne plus pouvoir relever la paupière supérieure, et son œil demeura constamment fermé. En pinçant la peau et en faisant quelque effort pour élever la paupière, le muscle orbiculaire se contractait avec beaucoup de force, et la malade, suivant la remarque qu'elle en fit elle-même, croyait que, sans cette action spasmodique du muscle, elle jouirait complétement de l'usage de son œil. Elle déclara aussi qu'on lui avait fait de fréquentes applications de ventouses et de vésicatoires, et qu'elle avait été soumise à tous les moyens de traitement jugés propres à obtenir sa guérison, mais qu'aucun de ces moyens ne lui avait procuré le moindre soulagement. Après que je lui eus donné

des explications sur la nature de l'opération qui me paraissait nécessaire pour relever la paupière, elle s'y soumit sans hésiter. Aidé du professeur Parker et du docteur Hall, je divisai le muscle orbiculaire palpébral de la manière suivante : la malade fut assise sur un tabouret peu élevé en face d'une fenêtre ; le professeur Parker introduisit une anse d'ivoire très-douce au-dessous de la paupière, afin de protéger le globe, puis avec un ténotôme effilé et droit, une piqûre fut pratiquée sur le bord externe de la paupière, au point central du canthe externe et de l'angle interne. L'instrument fut conduit vers le sommet de l'arcade sourcilière où, après avoir dirigé son tranchant du côté du muscle et exercé une légère pression en retirant la lame, la section des fibres fut facilement opérée. Le muscle que j'ai aussi divisé, dans d'autres cas, tant au bord interne qu'au bord externe de l'œil, laisse la conjonctive intacte. Notre malade remarqua sur-le-champ qu'elle pouvait relever la paupière assez bien pour distinguer clairement les objets dans la rue. Le professeur Parker m'insinua alors que la division de la partie inférieure du muscle pourrait remédier à l'entropion de la paupière inférieure. J'en opérai donc la division de la manière susmentionnée et, à notre grande satisfaction, l'entropion disparut immédiatement. Puisque l'élévateur palpébral supérieur et l'orbiculaire sont des muscles antagonistes, pourquoi donc, quand par une cause quelconque, l'équilibre dans leur action est rompu, n'attendrions-nous pas de la division du muscle contracté les mêmes résultats que dans les autres parties du corps, où il y a dérangement dans l'équilibre d'action des fléchisseurs et des extenseurs d'un membre ? Dieffenbach dit que l'élévateur palpébral affaibli commença à agir immédiatement, et en peu de mots il explique toute la portée de l'opération, c'est-à-

dire que par la division de son antagoniste l'excès d'action de celui-ci avait disparu. D'après les heureux effets qui ont suivi la division du muscle de la paupière inférieure, ainsi que l'avait recommandée le professeur Parker, je n'ai pas le moindre doute que nous possédons maintenant un moyen aisé et efficace de remédier à beaucoup et peut-être à la majeure partie des cas de cette affection incommode. »

5. *Ectropion et Blépharoplastie.* — L'excision et la cautérisation de la conjonctive extroversée, la section sous-cutanée de l'orbiculaire, ont été employées par M. Cunier dans quelques cas spéciaux dont il a donné la relation dans ses *Annales*, t. VII, p. 12-13.

Chez une malade affectée d'ectropion de la paupière supérieure, M. Serre (*Traité de l'art de restaurer les difformités de la face*, Montpellier 1842) a suivi la méthode opératoire de M. Dieffenbach (1); la guérison n'a été que momentanée. Déjà cet insuccès de M. Serre avait été signalé par M. Cunier (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1838, p. 434) qui avait vu la malade pendant son séjour à Montpellier.

M. le docteur Pétrequin a consigné dans la *Gazette médicale de Paris* (n° 12) des observations que nous reproduisons avec les remarques dont il les accompagne.

« *Ectropion double datant de dix ans à l'œil gauche, et de trente ans à l'œil droit, avec perte incom-*

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, 2e volume supplémentaire, p. 29-36, et la planche jointe au vol.

*plète de la vue ; opération ; guérison.* — Pierre Mezard, âgé de 46 ans, pionnier, de St-Jean-Denay (Haute-Loire), exposé dès l'enfance par son état à toutes les vicissitudes atmosphériques, finit, après avoir incessamment souffert de la pluie, du soleil et des intempéries des saisons, par contracter une ophthalmie catarrhale dont il ne peut se guérir depuis longues années. Forcé par la maladie de quitter ses travaux, il se décide à consulter, à Nevers, plusieurs médecins, qui prescrivent des collyres, des purgatifs, un séton à la nuque, etc., sans résultat avantageux ; enfin, sa vue menaçait de se perdre complètement, lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 14 juin 1840, avec un ectropion double. Le globe de l'œil ne peut être recouvert ; il y a photophobie ; les cornées sont obscurcies par un nuage opaque ; la vue est confuse. Le globe oculaire est enflammé, mais à un bien moindre degré que la conjonctive palpébrale, qui est rougeâtre, hypertrophiée et fongueuse. Les deux paupières inférieures sont renversées sur les joues, avec écoulement muqueux et formation de croûtes à leur surface, commencement de cutisation de la muqueuse, blépharospasme, etc. ; ce qui donne à la physionomie du malade un aspect hideux et repoussant. L'ectropion de l'œil gauche date de dix ans, et celui du droit de trente ans.

« Une opération chirurgicale pouvait seule triompher de cette lésion ; mais, pratiquer la résection de la muqueuse dans cet état d'hypertrophie, c'était s'exposer à n'avoir qu'un résultat incomplet et irrégulier ; j'ai souvent observé, dans l'ophthalmie blennorrhagique, que l'excision du chémosis ne laisse, après le dégorgement, qu'une plaie superficielle et une cicatrice à peine apparente. Je crus donc convenable d'attaquer d'abord l'inflammation chronique, pour réduire l'hypertrophie et la

dégénérescence de la membrane, ce que j'obtins avec des collyres résolutifs, tantôt au sulfate de cuivre, tantôt au sulfate d'alumine, plus tard par quelques instillations de laudanum pur, et enfin par des attouchements avec la pierre de cuivre, etc. L'action de ces moyens fut puissamment aidée par l'emploi d'un vésicatoire à la nuque et de quelques purgatifs salins.

« Le 10 juillet, j'avais obtenu une amélioration notable de l'ophthalmie. L'opération me semblait bien préparée. Je renversai la paupière gauche, je saisis la muqueuse avec une pince à dents de souris, et j'enlevai avec des ciseaux courbes, d'un angle oculaire à l'autre, une languette effilée plus large au centre qu'à ses extrémités. Je laissai un peu couler le sang, puis je bassinai l'œil avec de l'eau de roses, et, ne croyant pas convenable d'abandonner les choses à la nature, je relevai la paupière et la maintins en bonne position avec un grillage de bandelettes agglutinatives par-dessus lequel j'appliquai une compresse imbibée d'eau blanche laudanisée. (Diète ; potion calmante ; pédil. sinap. Le lendemain, une bouteille d'eau de Seidlitz; irrigations d'eau fraîche.) Il ne survient aucun accident inflammatoire. L'appareil est renouvelé tous les deux jours ; la paupière se maintient parfaitement droite, et l'œil gauche fait un contraste frappant avec le droit qui n'a pas été opéré.

« 26 juillet. Je pratique l'excision d'une petite végétation fongueuse qui s'était développée sur la plaie et qui refoulait la paupière au-dehors ; je touche la surface avec la pierre d'alun. (Même traitement.)

« 4 août. Résultat complet ; je commence à exercer l'œil.

« Le 8, la guérison étant complète, j'opère l'œil droit avec le bistouri, en présence du docteur Cathala, de

Montpellier; l'hémorragie est assez abondante. La paupière est ensuite relevée et maintenue avec l'appareil précité. (Irrigations d'eau fraîche.) La compression méthodique, l'immobilité de l'œil et sa position abritée du contact de l'air, préviennent tout accident.

« Le 13, excision d'une végétation développée sur la plaie; attouchement avec l'alun. Le résultat s'affermit. Le malade sort à la fin du mois en très-bon état, guéri de son éraillement et de son ophthalmie ; la vue est rétablie, et l'on ne se douterait pas qu'il a été affecté d'un double ectropion. »

« L'ancienneté de la maladie, le degré de la difformité, et la dégénérescence hypertrophique et fongueuse de la conjonctive, dont d'autres médecins n'avaient pas cru pouvoir triompher, donnent une certaine valeur à cette cure. J'aurais difficilement réussi en imitant la conduite des opérateurs qui, après l'excision, abandonnent, à l'instar de Bordenave, la plaie aux seuls efforts de la nature ; j'avais à remédier à la longue déformation du cartilage tarse. Il ne fallait pas tomber dans l'excès opposé, comme Dzondi, qui veut qu'on pratique une incision semi-lunaire à la racine de la paupière, pour en faciliter la réascension. Il semble aussi que la modification de M. Velpeau, qui propose quelques points de suture sur la muqueuse (*Méd. opér.*, 1839, t. III, p. 346), constitue une pratique superflue et parfois dangereuse. J'ai parfaitement atteint le but à l'aide du relèvement méthodique de la paupière, de l'immobilité de l'œil et de la compression permanente, qui réunissaient plusieurs avantages en corrigeant la déformation du tarse, prévenant l'inflammation traumatique, rapprochant les lèvres de

la plaie et hâtant la guérison de manière à éviter les inégalités d'une cicatrice interne.

« Je passe à un cas plus compliqué.

« *Ectropion de l'œil droit datant de six ans, et compliqué d'un colobqma traumatique de la paupière ; excision et bléphororaphie combinées ; guérison.* —Augustin Dubourget, âgé de 20 ans, maçon, de Challes (Ain), reçoit, à l'âge de 14 ans, un coup de corne de vache dans l'œil droit, qui produit une ophthalmie traumatique considérable, et laisse plus tard la paupière inférieure divisée et renversée sur la joue. Un mois après, un médecin de Poncia essaie de la relever avec des bandelettes. L'ectropion persiste, avec larmoiement, blépharite, etc., jusqu'en janvier 1839, où, cinq ans après l'accident, un oculiste ambulant pratique, avec des ciseaux, une opération sanglante qui n'a pas de résultat. L'œil est au contraire plus larmoyant, plus sensible au grand air et à la lumière, et l'éraillement plus considérable. On lui conseille alors d'entrer à l'hôpital de Lyon, dans mon service, où il est admis le 20 avril 1840, plus de six ans après l'accident : photophobie ; vue affaible ; obscurcissement de la cornée ; conjonctive oculaire rouge, mais moins enflammée que la palpébrabe, qui est épaissie, boursoufflée ; il y a larmoiement. L'ectropion est considérable, surtout dans la moitié interne de la paupière. La division de cette dernière existe en dedans du point lacrymal. L'œil gauche est sain. Outre la difformité, il faut noter, à droite, de la céphalalgie, quelques douleurs dans l'orbite et la tempe, et une disposition fâcheuse de l'organe à des récrudescences d'ophthalmie.

« Je commençai le traitement par des moyens dirigés contre l'inflammation chronique, comme l'emploi de col-

lyres au sulfate de cuivre laudanisé, des attouchements avec la pierre d'alun et de vitriol bleu, alternativement, et l'usage de compresses protectrices, etc., en aidant l'action de ces moyens par quelques pédiluves, des purgatifs salins, etc. Une fois l'état des parties suffisamment amélioré, je pratiquai successivement, dans le courant de mai, l'excision de deux bandelettes horizontales sur la conjonctive palpébrale, pour redresser la paupière, ce que j'obtins en grande partie. (Même pansement que dans l'observation précédente.)

« 1er juin. Je procédai à blépharoraphie, qui se trouvait ici rendue plus difficile par le voisinage du conduit lacrymal. La division comprenait toute l'épaisseur de la paupière vers son bord libre, et devenait plus superficielle en descendant. J'en rafraîchis les bords avec précaution, de manière à n'intéresser en bas que le tissu cutané. J'applique ensuite deux points de suture avec un fil de soie ; je protégeai les parties contre l'action des larmes avec des bandelettes. (Compression méthodique; irrigations d'eau fraîche laudanisée ; péd. sinap. ; pot. calm.) La réunion s'opère lentement.

« Le 25, la *restauration de la paupière* est complète ; mais la longue déformation du cartilage tarse tendant à diminuer la régularité du résultat, je continue la compression méthodique jusqu'au 2 juillet, époque où l'œil s'habitue aisément à l'air et au grand jour.

« 16 juillet. Pour prévenir toute récidive, je pratique l'excision d'une petite bandelette verticale sur la muqueuse palpébrale, dans le but de resserrer et de raffermir le bord libre. (Même pansement ; eau de Seidlitz pour le lendemain.) Le succès est complet ; la paupière se maintient dans une bonne position.

« 27. L'œil ne craint plus l'air ni la lumière ; la paupière joue bien et se ferme exactement sans se renver-

s'arrête sur le sac lacrymal. A partir de ce point, j'abaisse une incision verticale, suivant la rainure naso-maxillaire, jusqu'au niveau de l'ouverture de la narine. Je forme ainsi un lambeau triangulaire à large base externe, que je dissèque, et qui me permet, en le relevant vers le sourcil, d'allonger d'environ 5 à 6 lignes (11 à 17 millim.) la hauteur verticale de la paupière. Cette dernière, détachée de ses adhérences, est légèrement froncée d'une commissure à l'autre par un point de suture qui tend à porter en haut son bord libre. En même temps, le lambeau est maintenu par deux points de suture, l'un à sa partie moyenne, l'autre à son angle supérieur, de manière à le tirer en haut, en appliquant exactement. L'œil alors se trouve muni de moyens d'occlusion tels, que la paupière inférieure remonte beaucoup sur la supérieure; mais, vu la rétractilité de la cicatrice, il faut, dans ces cas, produire l'excès, pour obtenir plus tard le nécessaire. Quelques bandelettes étroites de diachylon, un gâteau de charpie imbibé d'eau de roses laudanisée, et quelques tours de bande, protègent et maintiennent les choses en bon état. Irrigations d'eau fraîche.

« Chez notre malade, le premier pansement eut lieu le 16. Pas d'inflammation, peu de rougeur; l'œil va bien; le lambeau est en partie repris; la paupière reste relevée. J'enlève, le 17, les sutures du lambeau, et le 10, celles de la paupière.

« Le 24, la *restauration* est en bon état; le lambeau est recollé, la paupière toujours soulevée; l'ectropion paraît ne plus exister. Le 25, l'œil se ferme bien dans un mouvement normal; si la contraction est exagérée, il y a tendance au renversement. Dans l'état de repos, il est ouvert suffisamment. Le résultat se maintient jusqu'au 8 septembre. L'œil alors est exercé à l'air; il y a de nou-

**veau tendance au retour de l'ectropion. On reprend l'usage de la compression jusqu'à ce que la cicatrice se soit affermie suffisamment.**

**« Le 18, la cicatrisation du cancer paraît avancée, mais elle contribue à tirer en bas la paupière. Une compression méthodique s'oppose au retrait des tissus, et le voile palpébral se trouve, le 23, suffisamment relevé. Cependant, il y a toujours un peu de tendance au renversement ; mais l'œil se ferme bien dans le clignottement, et la malade sort le 30, à peu près guérie de son carcinôme et dans un état assez satisfaisant, quoique la tendance à l'ectropion n'ait pas complétement disparu. La cicatrice parallèle au bord palpébral est imperceptible, et la deuxième laisse une trace à peine sensible dans la rainure, où elle se perd. Le temps nous apprendra si la guérison restera complète. »**

M. Pétrequin reconnaît à ce procédé des avantages incontestables. Dans quelques cas, on pourrait, selon lui, ajouter à l'opération une modification qui lui paraît de quelque importance. Ainsi, on pratiquerait sur le côté du nez une petite déperdition de substance en forme de V, dont la base se confondrait en dehors avec l'incision verticale ; en réunissant ses bords de bas en haut avec un ou deux points de suture, on aurait le double avantage : 1° de couvrir le point qui a été le siége de la maladie ; 2° de faciliter l'ascension du lambeau en contribuant à relever l'extrémité inférieure de l'incision.

*a) Blépharoplastie par la méthode de Celse.* — M. Guillon, de Cozes (Charente-inférieure), a traité dans le *Bulletin général de thérapeutique* (décembre) des avantages de la méthode de Celse pour réparer les pertes de substance de la paupière inférieure, et a signalé quelques cas exceptionnels où

il a dû recourir à des procédés spéciaux. Son travail, éminemment pratique, nous a paru de nature à devoir être reproduit textuellement.

« Les paupières seules, par une exclusion dont on a le droit de s'étonner, en considérant l'importance des fonctions de ces organes et le rôle qu'elles jouent dans l'expression de la physionomie, furent presque les dernières à participer aux bienfaits de l'autoplastie. L'excision en demi-lune de Dupuytren, et celle en V avec suture, constituaient dans les cas d'ulcérations peu étendues les seuls procédés en usage ; et le temps n'est pas loin encore où l'art avait consacré comme une règle de pratique essentielle : « que toutes les fois que les « cancers envahissaient plus de la moitié de la hauteur « des paupières, il fallait, en même temps qu'on pra- « tiquait l'excision, extirper l'œil. »

« Ce précepte rigoureux est heureusement effacé de la science, et, grâce aux tentatives hardies de quelques praticiens, l'art possède aujourd'hui un certain nombre de restaurations plus ou moins complètes des paupières. Dans aucune de ces opérations la méthode italienne n'a paru susceptible d'application.

« En 1836 et 1837, MM. Jobert et Blandin pratiquèrent par la méthode italienne quelques opérations remarquables de restauration presque complète de la paupière inférieure, en détachant les lambeaux, l'un sur la joue du côté du nez, l'autre près de la pommette. D'autres opérations semblables ont été aussi pratiquées depuis par ces mêmes praticiens et quelques autres, d'après les mêmes règles, et de cette manière l'application de la méthode indienne à la blépharoplastie est démeurée complétement exclusive.

« A la vérité cette méthode est exempte d'un inconvénient

très-essentiel, reproché en général à la méthode de Celse, méthode par glissement ou par simple déplacement de lambeau, méthode française, comme on voudra l'appeler. Cet inconvénient consiste dans l'abaissement à la longue du lambeau, par suite de la rétraction des parties déplacées. Mais outre que cet inconvénient, le seul qu'on puisse théoriquement peut-être adresser avec raison à la méthode française, peut être sûrement évité à l'aide de quelques précautions conseillées dans le *manuel*, et à la suite de l'opération, la méthode indienne, à son tour, en présente un autre, presque aussi essentiel selon nous, et qui consiste dans le roulement sur lui-même du lambeau trop détaché, lequel le plus souvent ne forme plus au-devant de l'œil qu'un tubercule immobile adhérant à la conjonctive, très-saillant et incapable de protéger l'organe.

« En outre de ces circonstances, la méthode indienne le cède incontestablement à la méthode française, en ce que celle-ci, 1° présente infiniment plus de simplicité dans l'exécution; 2° ne laisse point, comme la méthode indienne, de nouvelle plaie à fermer, ce qui constitue, à proprement parler, deux opérations au lieu d'une, et donne lieu, selon l'endroit où le lambeau été pris, à une rétraction susceptible d'entraîner, comme dans la méthode par déplacement, l'abaissement jusqu'à un certain point de la nouvelle paupière; 3° en ce qu'elle expose infiniment moins aux accidents nerveux et inflammatoires; 4° en ce qu'elle est complétement exempte des chances de gangrène, qui non-seulement rend inutile l'opération, mais même, dans quelques cas, met dans l'impossibilité d'en pratiquer une seconde; 5° enfin, en ce qu'elle ne détermine, comme la méthode indienne, aucune difformité, ne donne lieu à aucune crête saillante, qui nécessite souvent une troisième petite

opération pour sectionner et récoller le pédicule, ne s'accompagne d'aucune proéminence de la partie créée au-dessus du niveau des parties voisines, lesquelles restent toujours dans leur position respective, conservent, de cette manière, à la nouvelle paupière une ressemblance presque parfaite, et ne laissent sur la face presque aucune cicatrice apparente.

« Déjà dans deux mémoires où figuraient quelques observations pratiques assez remarquables communiquées à la Société médicale de la Sendre, aux mois de février 1840 et novembre 1841, nous nous étions efforcé de développer toutes ces considérations, d'établir en même temps, à l'aide de quelques procédés que nous proposions, les avantages de la méthode par glissement des lambeaux, appliquée d'une manière générale à la blépharoplastie. Depuis cette époque, de nouvelles restaurations plus ou moins complètes des paupières ayant été aussi pratiquées par nous par cette méthode et d'après des procédés qui nous sont particuliers, nous avons cru de quelque intérêt de résumer tous ces faits, non encore publiés, pour les soumettre au jugement des praticiens et fixer davantage leur attention sur la valeur d'une méthode trop injustement dédaignée, selon nous, dans cette partie de l'autoplastie faciale.

« Obs. I. *Restauration de la paupière inférieure droite et d'une partie de la supérieure, par simple glissement de lambeau pris sur la face.* — La femme Rié, de Grézac, n'a jamais eu d'enfants. Agée de cinquante-huit ans, elle avait cessé d'être réglée depuis dix ans. Quelques années avant cette époque, elle avait déjà été atteinte d'une légère ulcération du bord libre de la paupière inférieure droite, qui avait été alors, dit-elle, guérie en peu de jours par l'insufflation d'une poudre grisâtre qu'on lui avait conseillée. Il y a trois ans, il se

forma de nouveau, sur le bord libre de la même paupière, plusieurs petits tubercules qui ne tardèrent pas à s'ulcérer, à se réunir et à envahir tout l'organe. Depuis six mois surtout, le mal avait fait des progrès très-rapides.

« Voici l'état dans lequel il était lorsque je fus appelé à l'examiner. La paupière était entièrement détruite jusqu'à sa base. En dedans, l'ulcération avait dépassé le niveau de la paupière supérieure, et s'étendait en haut sur la racine du nez, jusque près du sourcil. Les tissus formant le fond de cet ulcère représentaient une espèce de cordon très-dur, étendu depuis le nez jusqu'à la tempe. En le soulevant avec les doigts, il était facile de voir qu'il n'avait encore contracté avec les parties osseuses aucune adhérence. La caroncule lacrymale était très-rouge et paraissait malade, ainsi que le tendon de l'orbiculaire. En pressant sur le sac lacrymal, il en sortait un liquide purulent; les larmes coulaient sur la joue. L'irritation légère dont la conjonctive oculaire était le siége ne me parut toutefois devoir être attribuée qu'à un effet sympathique par contiguité de tissus, et surtout à l'action de l'air agissant continuellement sur cette partie. La malade, qui jusqu'à ce moment n'avait jamais cru à la possibilité d'une guérison, ayant adopté tout d'abord l'opération que je lui proposais, celle-ci fut pratiquée deux jours après, le 6 décembre 1839, avec l'assistance de notre confrère Laurent, de Cozes. 1° Enlever toutes les parties affectées; 2° réparer à l'aide des parties voisines la perte de substance résultant de cette excision, telles nous parurent dans ce cas es indications à remplir.

« La malade, assise sur une chaise, la tête assujettie par un aide, l'ouverture des paupières fut agrandie au moyen d'une incision, de quatre centimètres en-

viron, dirigée sur la tempe et pratiquée à l'aide d'un bistouri très-étroit, enfoncé en arrière de la commissure, de manière à diriger les téguments de dedans en dehors, en laissant en dessous toutes les parties ulcérées.

« La commissure interne fut également agrandie par une deuxième petite incision de deux centimètres environ, passant au-dessus du tendon de l'orbiculaire et dirigée en haut vers la racine du nez.

« Enfin une troisième incision semi-elliptique, partant de l'extrémité postérieure de l'incision de la tempe jusqu'au niveau du canal nasal, et remontant de là le long du nez dans une direction verticale pour se réunir à la division interne, acheva de circonscrire toutes les parties malades.

« Celles-ci furent disséquées de bas en haut, et de la tempe vers le nez jusqu'aux graisses de l'orbite, avec la précaution de ne pas léser le globe de l'œil. De petits ciseaux courbes achevèrent de détacher ces parties de la conjonctive oculaire, de laquelle j'excisai en même temps tout ce qu'il me fut possible. Le sac lacrymal, la caroncule lacrymale et le tendon du palpébral ne furent pas non plus ménagés. Les petits vaisseaux ouverts dans cette direction fournirent beaucoup de sang, et n'exigèrent cependant l'emploi d'aucune ligature.

« Le globe de l'œil, privé de toutes ses adhérences inférieures, restait comme suspendu.

« L'ablation de toutes les parties malades achevée, il me parut prudent de plonger dans le canal nasal un petit pinceau de charpie imbibé d'une solution de nitrate d'argent. Voici comme je procédai à la *restauration de la perte de substance.*

« Une incision verticale, partant de l'incision sous-orbitaire au-dessous du canal nasal, fut dirigée en bas,

le long de la racine du nez jusqu'au niveau de l'ouverture de la narine, de manière à former avec les téguments de la joue un lambeau triangulaire ayant son sommet dirigé en haut et en dedans, et sa base adhérente au côté de la face.

« La dissection de ce lambeau détaché de la pommette fut prolongée en bas jusqu'au repli de la membrane buccale sans l'intéresser. Dans cette dissection, nous eûmes la précaution de diviser d'un seul coup le faisceau des vaisseaux et des nerfs qui sortent du trou sous-orbitaire. Ici encore il suffit, pour arrêter l'écoulement du sang fourni par ces vaisseaux, du simple froissement de leurs parois.

« Le lambeau, ainsi détaché, jusqu'à sa base, des os qu'il recouvrait, fut ensuite remonté par un simple glissement jusqu'à la racine du nez, où son sommet fut fixé, par un point de suture entrecoupée, dans l'angle rentrant formé au-dessous du sourcil par l'excision des parties.

« La commissure externe fut également réunie par un fil simple, placé un peu en dedans du rebord orbitaire, et deux épingles fixées sur la tempe.

« Enfin trois autres points de suture entortillée, pratiqués de même avec des épingles sur le côté du nez, achevèrent la réunion des parties.

« En se représentant la disposition du lambeau et le déplacement qu'il a dû subir, il est facile de voir qu'il dut recouvrir d'une manière très-exacte la portion de l'orbite et le globe de l'œil mis à nu par l'opération.

« Les extrémités des épingles ayant été un peu relevées, à cause de la saillie du nez, rognées et garnies de diachylon et de petites compresses pour protéger les parties, tout le côté de la face fut recouvert d'un bandage unissant en forme de croissant, formé de plusieurs piè-

ces inégales et superposées de sparadrap adhésif et attiré à l'aide de rubans vers le sommet de la tête, de manière à tenir relevée la nouvelle paupière, à soutenir les points de suture et à en favoriser l'action.

« L'appareil fut complété par l'application d'un petit gâteau de charpie râpée entre les paupières, d'autres plumasseaux de charpie disposés autour des points de suture, et le bandage monocle.

« Diète, tisanes délayantes, trois saignées à douze heures d'intervalle, pédiluves alcalins, lavement salé. La fièvre a été peu intense, la céphalalgie modérée, les douleurs orbitaires supportables.

« La levée de l'appareil eut lieu le cinquième jour. La réunion était déjà partout complète ; une légère ulcération existait seulement autour des fils, tandis que les épingles n'en avaient déterminé aucune. C'est une observation que j'ai faite souvent : en pratique, elle me semble d'une certaine considération.

«L'ouverture des paupières m'ayant paru un peu étroite je crus devoir déchirer un peu la cicatrice qui correspondait en arrière au premier point de suture.

« Quoique dépourvue de cartilage, la nouvelle paupière ne s'était point affaissée ; son bord libre, recouvert de bourgeons charnus d'un bon aspect, donnait lieu à une bonne suppuration. Les débris de la conjonctive formaient autour de la cornée un bourrelet très-rouge.

« Les épingles, coupées aussi près que possible des parties, furent enlevées sans toucher aux fils. Ceux-ci, collés par le sang, forment dans tous les cas le meilleur agglutinatif.

« L'appareil fut rétabli, du reste, comme la première fois. Dans les pansements suivants, la conjonctive oculaire continuant à présenter de la rougeur et un aspect variqueux, résultat du délabrement exercé par l'opéra-

tion sur les vaisseaux de cette membrane, je crus nécessaire de la cautériser quelquefois, ainsi que le bord de la paupière, avec le nitrate d'argent.

« La guérison était parfaite le quinzième jour ; néanmoins l'usage du bandage unissant fut continué plusieurs semaines encore, pour s'opposer à la rétraction des tissus, et par suite à l'affaissement de la nouvelle paupière. Grâce à cette précaution, sans doute indispensable après le procédé *particulier* que j'avais employé, cette paupière est restée en place, et aujourd'hui encore, plus de trente mois après l'opération, elle remonte assez haut pour bien protéger le globe de l'œil, qu'elle cache même un peu. Sa base adhère au tissu cellulaire de l'orbite, et sa face interne est recouverte d'une membrane lisse, d'apparence évidemment muqueuse. Ce qui est très-heureux aussi, c'est que, malgré les désordres occasionnés aux conduits des larmes, celles-ci cependant ne coulent point sur la joue. Les cicatrices de la tempe et du nez, confondues avec les rides qui existent naturellement sur ces parties, sont tout-à-fait imperceptibles. Les mouvements de la paupière sont également aussi parfaits que possible, et la disposition anatomique des fibres musculaires autour de l'orbite explique assez, en effet, que le procédé que j'emploie, outre ses autres avantages sous le rapport de l'exécution, ménageant plus que tout autre ces faisceaux musculaires, leur permet aussi plus sûrement de conserver l'intégrité de leurs fonctions.

« Obs. II — *Tumeur cancéreuse. Ablation de la paupière inférieure gauche et d'une partie des téguments de la face. Restauration des parties par simple glissement de lambeau. Guérison.* — La fille Gaborit, de Thamès, âgée de soixante-sept ans, eut sur le bord libre de la paupière inférieure gauche un petit tubercule de la grosseur d'un pois, qu'elle excisa. Par suite de cette opéra-

tion, la petite tumeur ayant, dit-elle, disparu pendant six mois, commença de nouveau à se développer et acquit au bout de quelques semaines un volume considérable.

« Lorsque je fus appelé à l'examiner, elle était de la grosseur d'un œuf, dont elle présentait la forme d'une manière assez exacte. Un peu aplatie seulement d'avant en arrière, elle était placée de telle façon que sa grosse extrémité, qui occupait toute l'étendue de la paupière inférieure, remontait au-devant du globe oculaire, qu'elle cachait entièrement, et son sommet se terminait en bas, au-dessous de l'aile du nez. Ses adhérences occupaient toute sa face postérieure. Elle était du reste parfaitement mobile, et l'œil, baigné seulement par la sécrétion purulente de la paupière, était évidemment sain.

« Cette fille, qui était venue me consulter quoique d'assez loin, était d'avance décidée à l'opération, et voulut qu'elle fût pratiquée sur-le-champ, le 29 janvier 1841. Le docteur Laurent voulut bien m'assister encore dans cette opération. Voici comme je procédai.

« Une incision fut pratiquée d'abord en dedans, le long du nez, depuis le tendon du palpébral jusques au-dessous de la tumeur.

« Celle-ci fut cernée de même en dehors par une seconde incision se réunissant en bas, sous forme d'un V, à la précédente, et pratiquée avec un bistouri très-étroit, enfoncé de haut en bas, entre la paupière et le globe de l'œil, de manière à agir d'arrière en avant.

« Une dissection de haut en bas, avec précaution d'enlever de la conjonctive oculaire toutes les portions qu'on pouvait soupçonner malades, acheva enfin de détacher la tumeur en arrière.

« L'ablation achevée, il restait, comme on voit, une plaie triangulaire dont la base embrassait toute la de-

mi-circonférence inférieure de l'orbite et dont le sommet se terminait en bas, au-dessus de la lèvre supérieure.

« Deux ou trois cils, dépendant de la paupière enlevée, restaient seulement en dehors, au-dessous de la commissure.

« Le sac lacrymal enlevé en partie dans la dissection, fut soumis à une légère cautérisation par le nitrate d'argent, et l'écoulement du sang arrêté par le simple froissement des vaisseaux nombreux intéressés dans l'opération.

Le procédé employé pour former une nouvelle paupière, et combler l'énorme perte de substance existant sur la face par suite de l'opération, fut à peu de chose près le même auquel j'avais eu recours déjà dans la première opération.

«Ainsi l'ouverture des paupières fut prolongée de même dans toute l'étendue de la région temporale, jusqu'à la racine des cheveux, à l'aide d'un bistouri très-étroit enfoncé derrière la commissure, de manière à donner en même temps à la division une forme légèrement concave supérieurement, pour permettre au lambeau de mieux s'appliquer au contour de l'orbite

« Toutes les parties recouvrant la partie inférieure de la tempe à la joue ayant ensuite été disséquées avec les précautions indiquées dans la précédente observation, il en résulta un lambeau à base très-large, libre seulement en haut et en dedans, adhérent en arrière, et que l'élasticité des tissus de la face permit cependant de faire glisser sans peine, au devant de l'orbite, jusqu'à la racine du nez, de manière à recouvrir sans trop de tiraillement toute la perte de substance, et sans qu'il fût besoin de pratiquer en arrière sur la tempe une nouvelle incision pour rendre le lambeau plus libre, ce que j'avais cru

d'avance et ce que je crois indispensable de faire, dans la plupart des cas, pour obtenir une coaptation exacte.

« Le lambeau ainsi appliqué fut maintenu en place au moyen d'un point de suture simple qui fixait son sommet dans l'angle externe de l'œil, près de la racine du nez, et trois épingles placées sur les côtés de cet organe.

« Trois épingles servirent également à le réunir en dehors à la paupière supérieure et sur la tempe.

« L'angle de l'œil rempli d'un petit bourdonnet de charpie mollette, de manière à établir une légère compression sur la pointe du lambeau et rendre son application plus exacte dans l'enfoncement qui se trouve dans cet endroit ; la joue et la tempe furent recouvertes du bandage adhésif que j'ai déjà fait connaître, et l'appareil complété par le bandage monocle. (Diète, tisanes délayantes, saignées, lavements et pédiluves salés.)

« Les épingles furent enlevées le quatrième jour ; le lambeau était partout adhérent, excepté au sommet, où le fil simple avait donné lieu à un peu de suppuration sans avoir cependant coupé les parties.

« L'extrémité interne de la nouvelle paupière, décollée en arrière, offrait aussi, après le fil ôté, un petit appendice mobile flottant au devant du sac lacrymal, qui s'abaissait lorsqu'on appuyait au-dessus avec l'extrémité du doigt mais qui dans l'état ordinaire recouvrait entièrement la plaie.

« De légères cautérisations, aidées d'une douce compression et de l'emplâtre adhésif continué sur la joue, amenèrent en peu de jours le recollement complet de cet appendice, sans difformité.

« Les causes qui dans cet endroit ont empêché la réunion immédiate d'avoir lieu, et auxquelles, comme on le voit, était complétement étranger le défaut de laxité du lambeau, me semblent être les suivantes :

« 1° La suture par le fil simple, sur les inconvénients de laquelle je me suis déjà prononcé dans l'observation première.

« Ces inconvénients me paraissent tels en effet, que dans les cas où la saillie du nez rendrait tout à fait impossible l'emploi des tiges métalliques, je croirais préférable de *m*'en tenir à la compression aidée de bandelettes adhésives.

« 2° L'élimination des petites escarres résultant de la cautérisation exercée sur le sac lacrymal.

« 3° L'accumulation des larmes dans l'angle interne de l'œil, l'état du canal nasal ne leur permettant pas de suivre tout d'abord leur cours naturel.

« 4° Enfin la conservation d'une petite portion de l'ancienne paupière, dont la différence des tissus avec ceux du nez a dû être un obstacle à leur réunion. Aussi mieux eût-il valu peut-être sacrifier entièrement dans l'opération cette portion du voile palpébral équivalent à peine à un millimètre.

« Il est vrai de dire néanmoins, d'un autre côté, que depuis la réunion opérée, cette si petite portion de l'ancienne paupière a semblé, par un petit travail que l'expérience a souvent constaté, prendre un peu plus de développement, et donner à celle nouvellement formée une plus grande consistance.

« Malgré la solidité des adhérences, qui dès le dixième jour unissaient partout le lambeau aux parties voisines, le bandage unissant de la joue n'en fut pas moins continué plus de trois semaines encore. Quoique presque entièrement dépourvue de cils, la nouvelle paupière est d'ailleurs parfaitement organisée et n'a subi encore évidemment aucune rétraction bien considérable.

« Elle n'offre, ainsi que la conjonctive oculaire, aucune trace de rougeur et d'ulcération.

« La cicatrice le long du nez, confondue avec le sillon qui sépare cette partie de la joue, est tout à fait imperceptible, et celle de la tempe, confondue de même avec les rides qui continuent en arrière la commissure des paupières, est également insensible, et pourrait, dans tous les cas, chez les femmes surtout, être facilement cachée par les cheveux, avantage que ne présentent pas les cicatrices existant sur la face à la suite des autres procédés en usage.

« Dans ce cas, comme dans le premier que j'ai rapporté, les larmes ont repris leur cours. Quant aux mouvements très-peu essentiels d'ailleurs pour la paupière inférieure, et auxquels peuvent même jusqu'à un certain point, suppléer ceux de la partie supérieure de la face, ils sont restés, ici, comme chez notre première opérée, presque aussi prononcés que ceux des paupières normalement conformées. Et il est facile de comprendre, comme nous l'avons dit, combien ce procédé que nous employons doit l'emporter sous ce rapport sur les autres procédés à lambeaux disséqués de toutes pièces et rapportés de très-loin; car il est évident que dans ces procédés les fibres musculaires qui entourent l'orbite restent complétement en dehors du lambeau dont elles servent tout au plus à former le pédicule, tandis que, dans notre manière de faire, le faisceau du palpébral qui avoisine la perte de substance est rapporté tout entier au contour de l'orbite.

« Obs.—III *Tumeur lacrymale.—Désorganisation du sac lacrymal et de la partie inférieure droite par l'action d'un caustique. — Guérison de la fistule lacrymale par une canule particulière. — Restauration de paupière, par glissement du lambeau pris sur le côté correspondant du nez.* — La femme Grand, de Sennusac, portait depuis longtemps à l'œil droit une

tumeur lacrymale qui s'enflammait parfois, et qu'elle voulut guérir par l'application d'un caustique que lui avait donné un empirique. L'action en fut tellement violente que l'œil devint en proie à une très-vive inflammation, et la face à un érysipèle considérable. Le sac lacrymal fut détruit, et toute la partie interne de la paupière inférieure, équivalant à un tiers au moins de son étendue transversale, tomba en gangrène. Il resta ainsi en avant du canal nasal une dépression demi-circulaire d'un centimètre d'étendue environ, donnant lieu à l'écoulement des larmes sur la joue et accès à l'air sur le globe de l'œil.

«Dans ce cas, la réparation de la perte de substance de la paupière ne pouvant avoir lieu avec certitude qu'après le rétablissement du cours naturel des larmes; ces deux indications, évidemment, ne pouvaient être remplies que par deux opérations successives et distinctes.

« 1° *Traitement de la fistule lacrymale.*—L'opération de la fistule lacrymale eut lieu au moyen d'une canule en or, de forme appropriée à ce cas particulier. — Le bord antérieur du pavillon était un peu relevé et d'une étendue transversale de près d'un demi-pouce, de manière à soutenir par son extrémité, dont les angles étaient un peu arrondis, la portion flottante de la paupière sur laquelle elle appuyait.

« Le bord postérieur, au contraire, très court et disposé en forme d'entonnoir pour mieux s'appliquer à l'orifice du canal osseux, était seulement creusé d'une petite gouttière pour mieux recueillir les larmes et les diriger dans le nez.

« Au bout de quelques semaines, le canal nasal était suffisamment dilaté et le cours des larmes rétabli. J'essayai alors, de la manière suivante, de remédier à la perte de substance de la paupière.

« 2° *Restauration de la paupière.*— Un petit lambeau triangulaire ayant son sommet en bas adhèrent à l'aile du nez, fut détaché de cet organe et incliné en dehors, au-devant du sac lacrymal, vers la portion flottante de la paupière inférieure. La perte de substance, dont les bords avaient été primitivement rafraîchis et disséqués dans une petite étendue, se trouvait ainsi recouverte d'une manière complète par le lambeau.

« Deux très-petites épingles placées l'une au-dessus de l'autre servirent à réunir ces parties. — La plaie du nez, restée à découvert, fut pansée simplement. De petites bandelettes de taffetas gommé, et une douce compression avec un peu d'agaric et de charpie fine, eurent pour but de favoriser la réunion et de s'opposer à la traction des parties. Cette opération eut lieu le 15.

« A la levée du premier appareil, qui eut lieu le quatrième jour, la réunion était partout complète ; néanmoins, les fils de la suture, l'appareil compressif et les bandelettes adhésives furent maintenues en place plusieurs jours encore. La plaie du nez s'est recouverte assez rapidement d'une cicatrice mince, sans que pour cela le lambeau ait paru éprouver de rétraction sensible.

« La malade a conservé un épiphora, ce qu'expliquent facilement les désordres occasionnés dans les voies lacrymales ; mais la fistule et la tumeur ne se sont pas reproduites.

« Ces opérations suivies de succès, et choisies parmi quelques autres pratiquées aussi sur la paupière inférieure d'après le même procédé, m'ont paru, sous ce rapport, douées d'un certain intérêt et de nature à fournir quelques préceptes généraux pour les autres opérations du même genre.

« En 1836, M. Michelet, de Pons, dans une observation

qui se trouve relatée dans le *Bulletin général de thérapeutique* du mois d'octobre 1837, avait aussi déjà, par un procédé qui ne diffère de celui que je viens d'indiquer pour la partie interne de la paupière inférieure que par la forme quadrilatère qu'il donne à son lambeau, remédié avec un succès presque complet à la perte de substance de la partie externe de cette même paupière.

«Une rétraction assez considérable eut lieu à la suite de cette opération.

« Notre confrère l'attribue uniquement à la tendance qu'ont naturellement les parties à reprendre leur place et à la différence de tissus dont se composent le lambeau et la paupière, condition qui se prête mal à leur réunion. Les raisons physiologiques qu'il donne de ce déplacement sont assurément très-puissantes; mais nous n'en sommes pas moins porté à croire que la forme quadrilatère du lambeau qu'il a adoptée, et qui, par le tiraillement exercé à sa base, lui empêche de s'incliner vers la paupière avec autant de facilité, est aussi de nature à favoriser cet accident.

« Ce motif nous porte à donner de préférence au lambeau une forme triangulaire ou trapézoïde, en inclinant davantage au-dessous de l'orbite et en prolongeant plus bas, selon le précepte général de Lisfranc, l'incision qui doit le borner en dedans ou en dehors, dans le cas de restauration interne ou externe de la paupière inférieure.

« Il est vrai qu'en prescrivant ainsi de rétrécir le pédicule, nous paraîtrons peut-être en opposition avec un principe général en autoplastie, propre surtout à la méthode du glissement, et que nous semblons nous-même avoir eu en vue de suivre (quoique dans un but tout différent) dans nos opérations de restaurations totales :

celui de conserver le lambeau adhérent dans une grande étendue, pour mieux en assurer la nutrition. Mais si la méthode indienne, avec les procédés ordinaires dans lesquels le lambeau n'a qu'un pédicule extrêmement étroit, auquel on fait subir en outre un mouvement de renversement et de torsion pour pouvoir l'appliquer, offre encore des chances de vitalité suffisantes, à plus forte raison doit-on conserver peu de crainte sous ce rapport, lorsque ce pédicule est plus large, ne change presque pas de place et n'a aucune torsion à éprouver.

« Pour nous, en effet, ce qui nous a engagé, dans nos deux opérations totales (et dans celles-ci seulement) à ne pas pratiquer d'incisions en arrière, les parties offrant d'ailleurs assez de laxité pour pouvoir être rapprochées et réunies sans trop de tiraillement, c'est particulièrement afin que le lambeau, mieux soutenu en haut sur la tempe, puisse aussi se maintenir plus facilement au devant de l'orbite et s'opposer au renversement de la nouvelle paupière.

« Il a donc été pratiqué, comme on le voit, jusqu'ici, par la méthode du *glissement*, méthode de Celse, et par le même procédé à peu près, une restauration de la partie externe de la paupière inférieure par M. Michelet, et par nous une restauration de la partie interne de cette paupière et deux réparations totales.

« Resterait donc, pour ramener aux mêmes règles, aux mêmes préceptes généraux, toutes les indications exigées par les pertes de substance de la paupière inférieure, de pouvoir remédier de la même manière à celles qui occuperaient la partie moyenne de cet organe.

Or, ce moyen consisterait, selon nous, à appliquer tout simplement à cette restauration de la partie moyenne de la paupière le même procédé que pour la

partie externe : pour cela, on agrandirait de la même manière la commissure externe par une incision horizontale prolongée sur la tempe. On en pratiquerait de même une en arrière, dirigée obliquement vers la joue, de manière à circonscrire un lambeau en forme de triangle ou de trapèze, et on détacherait de l'orbite la portion externe de la paupière, afin de pouvoir la rapprocher du centre et la mettre en contact avec la partie interne. On pourrait ici, avec plus de perfection encore, au lieu de détacher seulement de l'orbite la portion externe de la paupière avec la muqueuse qui la tapisse, disséquer avec soin cette membrane, pour conserver ses insertions à l'œil et l'appliquer aux parties qui doivent être rapportées en dehors. Cette manière de faire, plus délicate à la vérité, offrirait peut-être, en revanche, plus de régularité et de garantie contre la rétraction.

« Quoi qu'il en soit, il est facile de voir, par ce procédé, que la partie moyenne de la paupière enlevée se trouve ainsi remplacée par la partie externe, et celle-ci par des parties nouvelles empruntées à la tempe.

« Par ce moyen, on n'aurait évidemment qu'un seul procédé pour les réparations de la partie moyenne et de la partie externe de la paupière inférieure, et ce procédé, à part le léger inconvénient de détruire, dans ce dernier cas, les adhérences naturelles d'une portion de la paupière, pour lui en faire contracter de nouvelles en dedans, offrirait d'ailleurs les mêmes avantages d'un lambeau également bien nourri, d'une exécution également facile et d'une cicatrisation régulière.

« Si ce procédé est possible pour la réparation de la totalité de la paupière; si, dans ce cas, les téguments de la face et de la tempe offrent le plus souvent assez de

laxité pour pouvoir, même sans incision en arrière, permettre au lambeau de recouvrir toute la perte de substance, à plus forte raison devra-t-il suffire quand il ne s'agit que d'une portion à réparer.

« Ce procédé nous paraît surtout de beaucoup préférable à celui dont nous avions d'abord conçu l'idée, et qui consistait à remplacer l'incision ordinaire en V, destinée à circonscrire la maladie, par une incision rectangulaire, dont on prolongerait ensuite verticalement sur la joue les deux incisions latérales, de manière à détacher un lambeau de la forme d'un rectangle, adhérent en bas, et qu'on remonterait jusqu'au niveau de deux portions restantes de la paupière inférieure pour l'y fixer au moyen d'épingles disposées de chaque côté.

« Ce procédé, un des moins satisfaisants évidemment à cause des cicatrices vicieuses qu'il laisserait sur la partie de la face la plus apparente, serait aussi, malgré l'application soutenue du bandage unissant, plus propre que tout autre à favoriser la rétraction des tissus, et par suite le renversement de la paupière, le point de traction se trouvant placé tout à fait en bas, dans la partie de la face la plus mobile. »

M. Guillon n'a pas connu, on le voit par son travail, l'observation de blépharoplastie pratiquée en 1836, par M. Cunier, et consignée dans les *Annales de la Société de médecine de Gand*, et reproduite dans le 1er vol. supplémentaire des *Annales d'Oculistique* (pag. 34-37; *voir* aussi la fig. 4 de la planche).

M. Serre (*Traité cité*, p. 404) rapporte un fait de restauration palpébrale propre à donner, avec ceux ci-dessus, une juste idée de la méthode française.

Une femme portait sur la pommette, du côté gauche, un ulcère cancéreux s'étendant à la paupière

et ayant au moins un pouce et demi dans son plus petit diamètre. Sa forme était à peu près celle d'un quadrilatère.

M. Serre pratiqua une série d'incisions BG, CF, BC, DE, de manière à enlever la totalité des parties ulcérées et à détacher en dessous, dans l'épaisseur de la joue, un lambeau carré DG, EF, auquel il fit subir un mouvement d'ascension qui ramena la ligne DE à la hauteur de la ligne BC (fig. 1, planche I). Quelques points de suture maintinrent tous ces tissus en contact et réparèrent ainsi la perte de substance. Lorsque la malade sortit de l'hôpital, on voyait à peine sur sa figure trois cicatrices linéaires.

« Ce procédé, dit M. Serre, a surtout le grand « avantage de permettre de fermer exactement la « plaie qui résulte de l'opération, avec le lambeau « même qui sert à constituer la nouvelle paupière. « Le procédé de M. Dieffenbach est déjà imparfait, « par cela seul qu'il ne remplit pas cette dernière « condition. Quoi qu'on en dise, le voisinage d'une « plaie avec perte de substance sera toujours un « inconvénient en pareil cas. »

*b*) *Nouveau mode de restauration, par M. Bérard.*

M. Bérard (*Gaz. méd.*) a fait voir à l'Académie de médecine de Paris une pièce curieuse d'anatomie pathologique, provenant d'une femme à laquelle il avait enlevé, deux années auparavant, un cancer de la joue droite. La lésion s'étendait en profondeur jusqu'à l'os de la pommette et au muscle masséter exclusivement. Le canal de Sténon, compris dans la masse morbide, fut enlevé avec elle; il n'en résulta aucune fistule, et la malade guérit parfaitement. Mais la rétraction de la cicatrice entraîna, au bout de plusieurs mois, les paupières en dehors, et pro-

duisit leur renversement. Pour remédier à ce double ectropion, M. Bérard mit en usage un procédé de blépharoplastie « qui n'a point encore été employé. » Il fit une incision verticale à un centimètre de distance de l'angle externe des paupières, longue de 3 à 4 centimètres; la lèvre interne de la plaie fut détachée de l'os de la pommette sur lequel elle adhérait, et l'angle externe des paupières, devenu libre, fut peu à peu reporté en dedans, de manière à faire cesser toute traction des paupières en dehors. Puis, pour prévenir la reproduction de l'ectropion, M. Bérard prit un lambeau de peau sur la région temporale, et il l'enchâssa dans la plaie verticale qu'il avait pratiquée en dehors des paupières. L'opération réussit et l'ectropion disparut à peu près complétement. Cette femme a succombé à une affection organique interne plusieurs mois après avoir subi l'opération d'autoplastie dont nous venons de parler. L'examen de la pièce pathologique montra que le lambeau ne s'était nullement ratatiné; il était tellement enchâssé dans les parties voisines, et si bien de niveau qu'il fallait y regarder de très-près pour reconnaître son point d'union avec elles. Il en différait cependant en ce que, du côté de sa face profonde, il n'y avait pas de tissu adipeux, mais seulement une couche assez épaisse de tissu cellulaire très-vasculaire.

c) *Méthodes temporo-faciale et naso-faciale.* — M. Serre fait connaître ces deux méthodes, p. 407, de son ouvrage. La première s'applique à la restauration des deux paupières. La seconde à celle de la paupière inférieure: (Pl. I, fig. 2 et 3). L'une et l'autre appartiennent à la méthode indienne, et se rapprochent des méthodes opératoires de MM. Dzondi, Jüngken, Fricke; elles en diffèrent essentiellement,

en ce sens que ces opérateurs ne s'inquiètent pas de la plaie qui résulte de l'enlèvement du lambeau; tandis que le chirurgien espagnol, M. Hysern y Molleras, auteur de la méthode dont parle M. Serre, y remédie.

« Selon M. Hysern, (nous laissons parler M. Serre) la blépharoplastie n'a pas seulement pour objet de réparer une perte de substance ; le chirurgien doit encore s'appliquer, en pratiquant cette opération, à tailler les lambeaux de manière à ce qu'ils contiennent, dans leur épaisseur, un certain nombre de fibres du muscle orbiculaire des paupières, et que, par l'effet du changement de position qu'ils doivent subir, les fibres musculaires conservent une direction favorable aux mouvements naturels des paupières. — M. Hysern ne s'est pas tenu là : il a senti, mieux que ne l'avait fait M. Fricke, que pour un succès complet dans la blépharoplastie, il fallait aussi, d'une part, emprunter le lambeau sur une partie de la face où les cicatrices puissent être facilement masquées, et de l'autre, se mettre dans le cas de les rendre peu apparentes, en réunissant la plaie provenant de l'opération. Telles sont du moins les intentions diverses qu'il a voulu remplir, en proposant la méthode *temporo-faciale* (1). »

Quant au procédé que M. Hysern y Molleras nomme méthode *naso-faciale*, et qui a pour but d'emprunter une portion de peau au côté interne de la joue et à la face externe du nez, l'auteur ne

---

(1) *Tratado de la blefaroplastia temporo-facial, o del metodo de restaurar las destrucciones de los parpados*. p. 105, Madrid, 1834.

se dissimule pas que les fibres qui doivent servir à doubler ce lambeau, (et qui proviennent surtout du pyramidal et du transversal du nez) n'ont pas la direction qu'elles devraient avoir pour mettre en jeu les paupières ; aussi n'attache-t-il à ce procédé qu'une importance relative.

M. Serre rappelle (p. 410-411, note) la description que donne M. Rigaud (*De l'anaplastie*, Paris 1841, p. 186) de la manière d'agir de M. Diego Argumosa : « Il commence, dit M. R., par faire une incision quasi-horizontale partant de l'angle externe de l'œil jusqu'à la tempe, et d'une longueur égale à la distance qui sépare ce qui reste de la paupière jusqu'à l'angle interne de l'œil ; ensuite, il fait une autre incision oblique de l'extrémité externe de la première, et jusques au-dessous de la pommette ; il dissèque le lambeau et le transporte en le faisant glisser en dedans jusqu'au grand angle de l'orbite pour former avec son bord libre la paupière. Ce procédé, mis en usage en 1832 par M. Argumosa, en Espagne, est exactement celui que M. Dieffenbach pratiqua en 1836, à la Pitié, à Paris, sur un malade que lui avait confié M. Lisfranc. »

« C'est en 1829, ajoute M. Serre, p. 411, que M. Hysern y Molleras mettait déjà en pratique la méthode temporo-faciale, c'est-à-dire, à une époque où les travaux de M. Dieffenbach n'étaient pas encore connus en France. »

MM. d'Ammon et Baumgarten (*Die plastische Chirurgie*, 1842, p. 227. et *Jour. für Ch. u. Aug.* n° 1, p. 105), traitent ces réclamations de *Vaticinium post eventum*.

Pour ce qui est de la réunion des bords de la plaie constituée par le vide laissé par le lambeau

transplanté, M. Paul Baroni (1) y a songé avant la publication du mémoire de M. Hysern. L'inspection de la figure 8 de M. Baroni en fournit la preuve ; (la fig. 6 représente la difformité, la fig. 7, montre le lambeau détaché, la fig. 8 le montre transplanté ; les bords de la solution sont partout affrontés au moyen de la suture. Il s'agit dans ce cas d'une restauration partielle de la paupière inférieure ; le lambeau a été emprunté à la région *temporo-faciale.*)

*d) Observations pratiques de MM. d'Ammon et Baumgarten.* — Nous extrayons les deux observations suivantes du journal de MM. d'Ammon et de Walther, n° 2.

*Observation d'une blépharoplastie, par la méthode de Dieffenbach, pratiquée sur un homme de soixante ans, affecté de carcinôme de la paupière inférieure.*—Cette observation est rapportée par M. d'Ammon (*Journ. cité*, n° 2) ; elle est extraite de l'ouvrage qui lui est commun avec M. Baumgarten. La tumeur adhérait aux téguments extérieurs et au bord tarsal de la paupière inférieure ; elle naissait à quelque lignes du point lacrymal, comprenait tout le bord du tarse, descendait inférieurement à plus de six lignes, et parvenait au canthe externe, où la dégénérescence semblait unie à la conjonctive scléroticale, qui était œdémateuse et d'un aspect rouge foncé, principalement à la partie

---

(1) Paulli Baroni, Historiae de gena, labio, et palpebra varie mutilis atque deformibus, Bononiae annis 1831 et seq. per cutis insitionem plane instauratis (Sermo habitus in convent. Acad. Scient. Bonon. diei 21 februarii 1834).

supérieure et externe. Une verrue avait été le point de départ de ce mal, certainement carcinômateux. A la suite d'applications de caustiques, elle avait commencé à suppurer, et s'était ensuite ulcérée. La santé générale était bonne.

L'opération eut lieu selon la méthode de Dieffenbach.

M. d'Ammon fit, à partir du point lacrymal, une incision comprenant la peau saine de la paupière et de la joue; de la partie supérieure de celle-ci partait une autre incision dirigée vers l'angle interne de l'œil. La paupière inférieure comprise entre ces deux incisions, fut détachée de bas en haut. Le bord inférieur mis ainsi à nu, on vit que la conjonctive était dégénérée, surtout vers l'angle externe; M. d'Ammon en enleva le plus qu'il put. L'hémorrhagie une fois arrêtée, M. d'Ammon procéda à la formation du lambeau à transplanter; il le prit dans la région temporale et le transplanta de la manière accoutumée dans le vide laissé par la paupière enlevée; il fut fixé à l'angle externe par la suture entortillée. Ici de grandes difficultés furent rencontrées, le reste de la paupière inférieure ayant en cet endroit fort peu de solidité, et se déchirant pendant la formation des sutures. L'absence de conjonctive ne permit pas de revêtir avec cette membrane le bord supérieur libre du lambeau; la faible portion qui subsistait de la paupière inférieure se distendit fort heureusement pendant la cicatrisation, bien que la suppuration des sutures eût mis obstacle à la réunion par première intention; ce moignon s'étendit assez pour remplir presque entièrement la fente palpébrale, jusqu'à l'angle externe de l'œil, pendant que la portion cutanée transplantée se resserrait sur elle même et revenait en dehors. La

grande déperdition de substance n'avait pas permis de suivre le conseil de M. Chélius; c'est-à-dire de réunir par la suture les bords de la plaie que l'enlèvement du lambeau laisse dans la région temporale (1). Cette plaie fut comblée en quelques semaines par des bourgeons charnus, et ne laissa qu'une cicatrice étroite, à peine visible. Après cinq semaines, la fente palpébrale était aussi grande que celle du côté opposé; les paupières n'offraient rien d'anormal, ni dans leur situation ni dans leurs mouvements; le globe était libre, la conjonctive nullement rouge; malheureusement, deux mois plus tard, un nouvel ulcère sanieux se montra à l'angle externe de la nouvelle paupière; le malade ne voulut pas se soumettre une seconde fois à l'opération.

*Observation d'une blépharoplastie pratiquée*

---

(1) C'est dans une lettre adressée à M. d'Ammon, et insérée dans la *Monatsschrift* de professeur de Dresde, (1838) que M. Chelius a fait connaître qu'il comblait par la réunion au moyen de la suture, le vide laissé par l'enlèvement du lambeau destiné à former la nouvelle paupière. La lettre de M. Chelius a été reproduite dans le premier volume des *Annales dOculistique* (15 janvier 1839, p. 239). Ainsi que l'a fait observer alors M. Cunier, c'est Delpech qui a indiqué le premier qu'il ne fallait pas abandonner à la suppuration la plaie pratiquée en détachant le lambeau à transplanter, mais qu'il fallait au contraire en affronter les bords par la suture. M. Phillips (*Ann. de la Société de méd. de Gand*, 1838) qui a restauré plusieurs paupières par la méthode de M. Dieffenbach, a agi comme M. Chelius; cette conduite est aujourd'hui généralement adoptée en Allemagne et en Belgique. Le reproche que M. Serre adresse ci-dessus, p. 93, au procédé de M. Dieffenbach, a donc cessé d'être fondé.

*sur un enfant de six mois pour un naevus maternus de la paupière inférieure.*— M. le docteur Baumgarten cite (*Journ. cité*, n° 2) l'observation suivante : appelé à donner des soins à un enfant de six mois, ce confrère reconnut qu'il était atteint d'un nævus maternus à la paupière inférieure de l'œil droit ; il avait acquis en peu de temps un volume considérable. Il formait une grosse tumeur ovale qui descendait jusque sur la joue et dans laquelle on reconnaissait des battements isochrones à ceux du pouls ; il était probable qu'elle ne tarderait pas à s'ouvrir. M. Baumgarten ayant jugé l'extirpation indiquée, y procéda de la manière suivante : l'enfant fut étendu sur une table après l'avoir enveloppé tout entier dans un drap, le visage excepté, pour empêcher les mouvements qu'il aurait pu faire. Un aide tenant la tête de l'enfant, un autre le corps, M. Baumgarten comprit la tumeur dans trois incisions et l'enleva en la détachant du tissu adipeux sous-jacent. La profondeur à laquelle s'étendaient les dilatations vasculaires nécessita la section d'outre en outre du muscle orbiculaire et la partie antérieure de l'orbite se trouvant dénudée il sortit une certaine quantité de la graisse que contient cette partie. Bien que la perte de substance parût considérable, l'écoulement sanguin fut peu abondant. L'opérateur tailla dans la région temporale un lambeau qu'il fit glisser dans la plaie et il l'y maintint au moyen de quatre points de suture avec le bord tarsal qui avait une ligne et demie de large et par six autres points avec le bord de la plaie qui descendait le long du nez. La plaie à la tempe ayant été bien nettoyée, on y plaça de la charpie et des bandelettes agglutinatives. Le visage fut recouvert de compresses trempées dans de l'eau

froide et maintenues humides pendant 48 heures; malgré l'emploi de ces moyens tout le côté droit de la figure fut le siége d'un gonflement, qui cependant fut promptement dissipé. Le troisième jour la réunion par première intention était presque complète; elle était effectuée le quatrième jour et la dernière suture fut enlevée. La plaie de la région temporale se couvrit rapidement de bourgeons charnus et après huit jours la cicatrice était complète ; le lambeau transplanté présentait des cicatrices à peine visibles à son union avec les bords de la plaie et la nouvelle paupière était très-régulière.

6. *Canthoplastie*.— M. d'Ammon a donné le nom de *Canthoplastie* à l'opération qu'il a imaginée et mise en pratique dans les cas d'étroitesse de de la fente des paupières (*Zeitschrift für die Ophthalmologie*, 1832, vol. II, p. 140), qu'il avait auparavant denommée (1) *Phimosis palpébral*. (*Hecker's Litter. Annalen der ges. Heilk*. Bd. XII, s.19.) Il en signale trois genres : 1) L'étroitesse temporaire de la fente des paupières causée par le gonflement ou l'hypertrophie des tissus environnants chez les nouveaux-nés très-gras, dans les cas d'ophthalmie où il s'opère facilement un entropion, état qui disparait

(1) Le mot *Phimosis* signifie tout rétrécissement d'un canal excréteur quelconque; c'est par abus qu'on ne désigne plus sous ce nom que le rétrécissement du prépuce. La dénomination de *phimosis palpébral*, ou de *blépharophimosis congénital* sert à M. d'Ammon pour désigner l'étroitesse congénitale des paupières; il la nomme *blépharosténose*, quand elle est acquise.

avec la diminution de l'inflammation et avec le retour de l'équilibre de la nutrition. 2) Le *phimosis véritable* à la suite d'atrophie ou diminution du globe de l'œil, causée par l'ophthalmie des nouveaux-nés ou une autre inflammation qui a occasionné une altération des paupières, surtout à leurs bords et l'inaction des muscles orbiculaires, accompagnée ordinairement d'adhérence. 3) La fente de la paupière se trouve réellement trop petite : on ne peut guère ouvrir les paupières sans provoquer de la douleur à l'angle externe de l'œil qui est le siége d'une ulcération sécrétant une matière puriforme, et saigne aisément ; à la moindre irritation il survient une douleur spasmodique dans les muscles orbiculaires, qui, quelquefois, devient habituelle et entraîne l'entropion. (voir, *Chelius Traité prat. d'oph.* II, p. 55, 56).

C'est à la dernière variété qu'est applicable la canthoplastie décrite par le professeur de Dresde (*loc. cit.*), et qui a fait le sujet d'une dissertation inaugurale défendue en 1840, à Jena, par M. Herman (1).

M. d'Ammon rapporte dans sa *Critique de la chirurgie plastique*, qui lui est commune avec le docteur Baumgarten, (ouvrage couronné par la Société de médecine de Gand), l'exemple suivant de l'application de l'opération qu'il a proposée : une jeune fille de seize ans d'une constitution scrofuleuse très-prononcée, souffrait depuis sa jeunesse d'une ophthalmie chronique avec blépharospasme

---

(1) *De Blepharophimosi et de Canthoplastice.* Jenae 1840, in-8°, p. 19,

et un fort entropion des deux côtés ; il en était résulté un obscursissement et l'épaississement de la conjonctive, de la cornée et de la sclérotique; la cécité était imminente. M. d'Ammon reconnut dans cet état un bléparophimosis congénital qui s'était transformé peu-à-peu en entropion des paupières. L'angle externe ayant été agrandi, la conjonctive y fut transplantée; le blépharospasme disparut et avec lui la cause de l'ophthalmie chronique, qui était due ici, à la pression exercée sur le globe par l'action du spasme des orbiculaires. L'opération fut laborieuse, le spasme des paupières rendant difficile l'écartement de l'angle pour la section des téguments; la fixation de la conjonctive dans les bords de la plaie fut facile; la réunion s'était effectuée après quelques jours et les angles nouveaux étaient formés. Du côté droit la dilatation était un peu plus grande qu'à gauche; cette différence, à peine sensible, le devint davantage parceque la paupière inférieure s'était un peu renversée en dehors. Deux semaines après cette restauration un petit lambeau de chacune des quatre paupières fut enlevé pour remédier à l'entropion. Un traitement intérieur qui fut institué fit disparaître l'épaississement de la conjonctive du globe, son obscurcissement et sa disposition aux inflammations; l'opérée a repris le travail et la guérison ne s'est point démentie.

M. d'Ammon (*Journ. cité*, p. 301) donne une figure que nous reproduisons (Planche I, fig. 4) et qui montre, vue à la loupe l'état de l'œil dont la canthe externe a subi le plus grand élargissement, la conjonctive paraît sous la forme d'un pli très-prononcé, le bulbe étant dans la plus forte abduction possible.

M. d'Ammon dit en terminant : « J'engage forte-

ment les chirurgiens à essayer la canthoplastie; je dois cependant faire connaître que mon avis est que l'on retirera sans doute de bons résultats de la division sous-cutanée des muscles orbiculaires, à l'angle externe de l'œil, dans le blépharophimosis et la blépharosténose. Exécutée convenablement et à propos, cette division, diminuera les occasions de pratiquer la canthoplastie, qu'elle ne saurait cependant remplacer complétement. »

Les détails qui précédent ne faisant pas connaître assez complétement le procédé opératoire employé, nous en empruntons la description à M. Chelius (*loc. cit.*) qui la donne d'après la *Zeitschrift für die Ophthalmologie* (*l. cit.*) : « Au moyen d'un bistouri étroit, qu'on engage sous l'angle externe des paupières très-écartées et qu'on fait ressortir par les téguments extérieurs, on agrandit la fente palpébrale jusqu'au bord externe de l'orbite, puis on passe une anse de fil à travers les plis de la conjonctive oculaire, on attire celle-ci aussi fortement que possible entre les lèvres de la plaie et on fixe le fil aux téguments près de l'angle externe de la plaie, en ayant soin de passer le point de suture de dedans en dehors et de terminer par un nœud ordinaire. Enfin, on coud avec des aiguilles et de la soie très-fine, la conjonctive avec les bords de la plaie dans laquelle on l'a engagée et en sorte que les sutures se trouvent fixées de dedans en dehors. »

7. *Epicanthus.*—Une observation d'épicanthus accidentel, publiée par M. Desmarres (*Ann. d'Ocul.*, VI, p. 236), a été commentée par M. d'Ammon (*Journ. cité*, p. 408), qui est entré dans de nouvelles considerations sur cette difformité et le strabisme qui l'accompagne. C'est dans le premier volume de sa *Zeitschrift* (p. 533) et dans l'*Encyklopaedie*

*der medicinische Wissenschaften* (vol. XI, p. 330, que le professeur de Dresde en a donné la première description ; il en a parlé depuis dans ses *Klinische Darstellungen* (vol. III, p. 1) ; des dessins ont été donnés tant dans ce dernier ouvrage (pl. I, fig. 1-6) que dans la *Zeitschrift* (I, pl. V, fig. 1, 2, 7 ; II, pl. I, fig. 8). M. Radius (*Handwoerterbuch der Chirurgie u. Augenh. von Walther, Jaeger u. Radius*, vol. II, p. 485) avait, dès 1837, et par conséquent avant M. Carron du Villards (*Guide prat.*, I, p. 388), établi l'existence de l'épicanthus accidentel.

M. d'Ammon signale un cas dans lequel il a mis dernièrement en pratique l'opération qu'il a proposée, *la rhinoraphie ;* la difformité palpébrale disparut, mais le strabisme persista ; la myotomie oculaire parut nécessaire.

« Il résulte des observations publiées jusqu'à ce jour, dit en terminant M. d'Ammon, que l'épicanthus est *monoculaire* ou *double*, *congénital* ou *acquis*. L'épicanthus congénital est simple, ou compliqué de blépharoplégie, de strabisme. L'épicanthus acquis est temporaire (dû à une inflammation des téguments), ou permanent, (suite d'une modification organique de la peau, d'une blessure, etc.) »

Les deux figures que nous reproduisons, d'après le *Guide* de M. Carron du Villards, donnent une juste idée, et de l'épicanthus, et de l'opération que M. d'Ammon a nommée *rhinoraphie*.

La figure ci-derrière représente un cas d'épicanthus. L'incision semi-elliptique indique la forme que doit avoir la déperdition de substance pour faire disparaître le repli falciforme. Quoique le dessin ait été pris d'après nature, l'artiste a exagéré la ma

ladie, et cela, d'après le conseil de M. Carron du Villards.



La figure ci-contre montre la disparition de l'épicanthus, au moyen de l'opération; la réunion des bords de la perte de substance par la suture entor-

tillée a réduit en une ligne l'incison sémi-elleptique de la figure première.



8. *Spasme des paupières.* — M. Fischer (*Schweizerische Zeitschrift*) a fréquemment rencontré cette affection chez les enfants; elle était

toujours due à la présence de vers dans l'intestin, et cessait dès que leur expulsion avait eu lieu sous l'influence des anthelmintiques.

La *nictitatio palpebrarum*, persistant après la disparition de la cause qui lui a donné naissance, avait jusqu'ici été regardée comme incurable. M. Cunier a annoncé à la Société de médecine de Gand qu'il l'avait combattue avec succès par la section sous-cutanée de l'orbiculaire palpébral. La possibilité de guérir cette affection par la section musculaire, avait déjà été indiquée par M. Phillips dans sa brochure *Du strabisme* (1841, p. 126), mais ce chirurgien n'avait point mis ce moyen à exécution. Le *Bulletin de la Société de médecine de Gand* n'ayant point fait mention de la communication qui lui a été faite, M. Cuuier croit devoir prendre date ici.

## § V. Maladies du globe de l'oeil.

I. *Spécificité dans les ophthalmies.*—L'*Examinateur médical*, p. 142, rend compte dans les termes suivants d'un travail de M. Fario (*Memoriale della Med. contemporan.*) sur la spécificité dans les ophthalmies :

« Quoique ce travail soit écrit dans des vues un peu spéculatives, il exprime des idées si graves en pathologie et en thérapeutique, et dont quelques-unes diffèrent de celles que nous professons, que nous ne voulons pas les laisser complétement passer sans examen. Suivant l'auteur, il y a deux sortes de spécificité : la spécificité *de la cause* et la spécificité *de la forme ;* la première est la spécificité *essentielle*. Quant à la seconde, il est nécessaire de préciser mieux qu'on ne fait généralement quelles

sont les conditions qui la constituent. Dans beaucoup de cas, les symptômes, dits spécifiques, n'existent pas, ou, s'ils existent, se compliquent d'une affection appartenant à toute autre classe que celle qui est considérée comme spécifique ; enfin, les signes *pathognomoniques* et les signes différentiels ou *spécifiques* sont deux choses différentes. Jusques-là nous sommes d'accord, ou à peu près, avec notre honorable confrère ; mais, ajoute-t-il, quand il serait prouvé que ces signes spécifiques existent constamment dans le cadre symptomatologique, ils ne feraient qu'ajouter à ce cadre un criterium de plus en plus propre, avec les autres, à mettre en lumière la cause de la maladie *générale* et conduire à un traitement *général*, mais ils n'entraîneraient aucune modification particulière dans le traitement local. Il est certain, au contraire, que, dès lors qu'on admet la spécificité des causes, il faut admettre la spécificité des effets, c'est-à-dire, des formes ; et s'il y a des formes réellement spécifiques, elles doivent conduire à la connaissance de la spécificité étiologique et, par là même, à l'indication d'un traitement spécifique. Or, la spécificité de la forme gît surtout dans les caractères locaux ; et souvent ces caractères suffisent au diagnostic en l'absence de ce que M. Fario appelle les symptômes pathognomoniques. Ce n'est pas que nous admettions toutes les formes spécifiques qu'on a tant multipliées dans ces derniers temps ; mais des abus ne peuvent suffire pour condamner un principe. »

2. *Caractères différentiels des ophthalmies catarrhale et scrofuleuse bornées à la conjonctive.* — M. Desmarres a traité ce sujet dans la *Gazette des Hôpitaux*, 17 septembre. Voici ses remarques :

« Avant d'examiner les caractères qui distinguent

les ophthalmies catarrhales des ophthalmies scrofuleuses, il est bon de se demander, d'abord, s'il est permis, dans l'état actuel de la science, d'admettre de semblables distinctions, et s'il est possible d'observer raisonnablement entre elles des différences anatomiques tranchées.

« Nous verrons, par ce qui va suivre, je veux dire par l'étude attentive des divers caractères que nous présentent les malades soumis à notre examen, que les doctrines qui n'admettent pas, dans des limites raisonnables, la spécificité de certaines ophthalmies, sont loin d'être le résultat d'une rigoureuse observation des faits. Il ne sera pas sans intérêt, je pense, au moment où les affections catarrhales de toute nature commencent à devenir fréquentes, de rechercher si ces ophthalmies offrent, ou non, des caractères anatomiques et physiologiques particuliers qui permettent de les distinguer d'autres maladies oculaires, et surtout si, de cet examen, doit résulter, pour le praticien, l'indication de données pratiques en ce qui touche le traitement. Voyons d'abord rapidement les caractères principaux de la conjonctivite.

« 1° *Conjonctivite catarrhale*. — *Symptômes anatomiques*. — On reconnaît sur la portion palpébrale de la conjonctive des stries vasculaires fines, rouges-jaunâtres, légèrement flexueuses, presque parallèles, dont la base est tournée vers le bord libre des paupières et le sommet en sens inverse. L'extrémité de ces vaisseaux, dans le degré le plus simple de la maladie (1er degré des auteurs), ne va pas plus loin que le cul-de-sac conjonctival ; de sorte que si l'on abaissait la paupière inférieure et si l'on ne voyait pas, en même temps que d'autres caractères sur lesquels nous allons bientôt revenir, une rougeur particulière de la peau qui revêt la paupière vers

ses bords, surtout dans le grand angle, la maladie pourrait passer inaperçue. Mais d'un degré plus avancé (2e degré), la conjonctivite catarrhale est plus facile à reconnaître : le sommet des vaisseaux que nous avons laissé dans le cul-de-sac de la conjonctive, se relève sur la portion bulbaire de la muqueuse, et envahit bientôt tout le blanc de l'œil jusqu'à un millimètre environ de la cornée qui semble alors entourée par un anneau blanc très-remarquable. Il est probable que cette portion de la conjonctive scléroticale demeure ainsi exempte de toute vascularisation, à cause du tissu cellulaire très-dense qui l'attache aux parties sous-jacentes. La couleur des vaisseaux, à ce deuxième degré de la maladie, est encore plus tranchée que dans le premier degré, à cause du fond blanc sur lequel ils reposent. Ce n'est plus la couleur rouge-vif de la conjonctivite essentielle, ni la coloration rouge-violacé de la conjonctivite scrofuleuse, c'est une teinte rouge-vermillon à laquelle on aurait ajouté une grande proportion de jaune. Enfin, et au degré le plus aigu et le plus grave de cette conjonctivite (3e degré), l'anneau blanc péricornéen disparaît, et les vaisseaux envahissent la cornée dans une étendue d'un à deux millimètres, d'une manière régulière, dans tout son pourtour. On voit alors très-souvent apparaître un chémosis ou séreux ou inflammatoire, en même temps que des ecchymoses sous-conjonctivales, et l'iris, qui jusques là n'avait point paru se ressentir de l'état morbide de la conjonctive, devient un peu moins mobile. C'est à ce moment que de graves lésions peuvent survenir ; nous nous en occuperons en établissant le diagnostic différentiel des ophthalmies catarrhale et scrofuleuse lorsqu'elles ont dépassé la conjonctive.

« Un caractère tranché de l'ophthalmie catarrhale, c'est l'apparition sur la conjonctive palpébrale, à tous ses degrés, de granulations d'autant plus épaisses que l'affection revêt une forme plus aiguë et plus chronique. Au premier degré, par exemple, la muqueuse semble être parsemée de sable rouge très-fin, ce qui lui donne un aspect velouté, tandis que dans les autres, surtout lorsque l'affection est passée à l'état chronique, toute sa surface est recouverte de granulations dont le volume peut égaler et même dépasser celui d'une graine de chenevis.

« *Symptômes physiologiques*. — Une sécrétion muqueuse ou muco-puriforme, plus ou moins abondante, accompagne toujours la conjonctivite catarrhale. Des filaments muqueux jaunâtres voyagent incessamment du cul-de-sac de la conjonctive sur la cornée et obscurcissent momentanément la vue, puis viennent se réunir au grand angle de l'œil. Le matin au réveil, ces mucosités, dont la partie liquide s'est volatilisée la nuit, agglutinent les cils et maintiennent plus ou moins les paupières collées. Dans le grand angle de l'œil, quelquefois assez bas sur la joue, on remarque des croûtes jaunâtres semblables à celles qui sont à la base des cils et qui les réunissent sous forme de petits pinceaux. Cette sécrétion est fournie dans le principe par les follicules sébacés et les larmes, mais, plus tard, et en même temps par les glandes de Méïbomius dont la vitalité est sur-excitée. Il n'y a pas de larmoiement photophobique tant que la phlegmasie est bornée à la conjonctive.

« La douleur, sauf une sensation de chaleur incommode et de corps étranger roulant sous la paupière supérieure, particulièrement le soir, quelquefois aussi le matin, est à peu près nulle. Cette

affection attaque les individus des deux sexes, quels que soient leur âge et leur constitution.

« *Traitement de la conjonctivite catarrhale.* — Dès que le diagnostic de cette affection oculaire est assis, quel que soit le degré auquel la phlegmasie ait frappé la conjonctive, pourvu que la cornée ne soit pas envahie et qu'il n'y ait pas de photophobie, les astringents seuls pourront répercuter l'inflammation dans sa période d'acuité. Les collyres de plomb, de zinc, de cuivre, seront du plus grand secours; mais le moyen par excellence, celui qui ne compromet jamais rien dans cette ophthalmie et qui réussit le mieux à l'enrayer dans sa marche, est l'application, chaque jour, sur la surface palpébrale de la muqueuse oculaire, d'un crayon de sulfate de cuivre. Souvent alors, dans l'espace de quelques jours, la sécrétion, les granulations et la vascularisation ont disparu.

« Malheureusement, nulle affection oculaire ne passe aussi vite à l'état chronique que la conjonctivite catarrhale; le crayon de sulfate de cuivre est alors au moins inutile, et il faut réveiller la vitalité des tissus par des moyens appropriés, parmi lesquels le nitrate d'argent, les pommades de précipité rouge, l'excision des granulations, si elles sont très-épaisses, tiennent le premier rang. On peut aider encore ces moyens en provoquant par de fréquents purgatifs salins l'action sécrétoire de la muqueuse intestinale.

« Nous aurions bien des choses à dire sur l'ophthalmie catarrhale, mais elles trouveraient beaucoup mieux leur place dans une monographie qu'ici. Passons à l'étude rapide des caractères de l'ophthalmie scrofuleuse bornée à la conjonctive.

« 2° *Conjonctivite scrofuleuse.* — *Symptômes*

*anatomiques.* — La portion *bulbaire* de la conjonctive, en partie seulement, et le plus souvent dans la direction des muscles droits interne ou externe, est frappée d'inflammation. Un ou deux vaisseaux seulement, quelquefois une vingtaine, toujours réunis sous forme d'un triangle dont la base est tournée vers le cul-de-sac de la conjonctive, et le sommet vers la cornée, sont, à eux seuls, tous les symptômes anatomiques appréciables. Ces vaisseaux sont tortueux, plus gros que ceux de l'injection catarrhale et placés souvent sur deux plans ; les plus superficiels, plus fins, sont d'un rouge pâle, clair, et les profonds, placés dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, d'un rouge violacé très-foncé. Que les vaisseaux soient nombreux ou non, leur sommet se termine assez souvent par une petite pustule remplie d'un liquide jaune-clair, placée le plus souvent à cheval sur l'insertion de la cornée avec la sclérotique.

« La conjonctive palpébrale reste tout-à-fait étrangère à l'inflammation de la conjonctive sclérotical, dont la gravité est en raison directe du nombre des vaisseaux.

« Le plus souvent, la conjonctivite scrofuleuse se termine par résolution, quelquefois aussi par une kératite vasculaire superficielle triangulaire partielle, avec épanchements, ulcérations, etc.

« *Symptômes physiologiques.* — Lorsque les vaisseaux sont peu nombreux, le malade n'accuse ni gêne, ni douleur, ni chaleur. La présence des pustules seules, donne quelquefois la sensation d'un corps étranger roulant sous les paupières. La sécrétion de la muqueuse n'est pas augmentée, le bord des paupières ne s'enflamme point ; il n'y a pas de photophobie. Ce dernier symptôme ne se montre

que lorsque la phlegmasie de la conjonctive passe à d'autres membranes. La conjonctivite scrofuleuse simple ne passe jamais à l'état chronique. Pendant sa durée le corps papillaire de la muqueuse palpébrale ne se développe pas.

« Cette affection attaque principalement les enfants chétifs des deux sexes; les individus scrofuleux, les femmes plutôt que les hommes. Ce n'est qu'une rare exception quand on l'observe sur des individus vigoureux.

« *Traitement.* — Il doit être mesuré sur la gravité de l'affection; quelques sangsues au-devant de l'oreille, des purgatifs, des antimoniaux unis au calomel pendant la période aiguë; plus tard des vésicatoires volants, pour hâter la résolution, et tout au plus un léger collyre de borax (50 centigrammes pour 100 grammes d'eau) suffisent d'ordinaire pour ramener les tissus à l'état normal. On recommande ensuite une bonne nourriture, du vin rouge, des viandes rôties, des iodures, etc., pour préserver les malades d'une rechute et pour modifier leur constitution. Il est important ici de rappeler une chose, c'est que l'emploi des collyres astringents forts pendant la première période de la conjonctivite scrofuleuse a pour effet, dans la très-grande majorité des cas, de faire passer la phlegmasie aux membranes internes, et de provoquer la photophobie, symptôme si rebelle, comme on sait, chez les individus à tempérament scrofuleux.

« En résumé, nous voyons dans la conjonctivite catarrhale les symptômes suivants : inflammation commençant par toute la portion palpébrale de la conjonctive, s'étendant selon les degrés de la maladie, jusqu'à la périphérie de la cornée et même plus loin, toujours d'une manière générale, uniforme;

couleur rouge-jaunâtre très-prononcée des vaisseaux ; rougeur du bord des paupières, particulièrement au grand angle; sensation de cuisson incommode dans l'œil ; sécrétion muco-purulente plus ou moins abondante; agglutination des cils et des paupières le matin ; développement des granulations, sans exception ; terminaison par le chémosis, par de larges infiltrations inter-lamellaires dans la cornée, extrême tendance à l'état chronique. Traitement au début par les astringents forts sans qu'on ait aucunement à craindre de voir survenir un état de choses plus grave, etc., etc.

« Dans la conjonctivite scrofuleuse, au contraire, injection partielle de la portion scléroticale de la conjonctive s'arrêtant près de la cornée et formant un triangle dont le sommet se termine le plus souvent par une pustule. Couleur violacée des vaisseaux, point de rougeur du bord des paupières, point de sécrétion, rarement une sensation de corps étranger, pas de cuisson incommode, pas de granulations. — Terminaison, le plus souvent, par la résolution; autrement par une kératite vasculaire partielle, triangulaire, et dans ce cas, jamais de chémosis ni séreux, ni phlegmoneux. Le traitement différencie encore mieux les deux affections : au début, si l'on prescrit des collyres astringents forts, on exaspère l'inflammation, tandis que l'on guérit par des antiphlogistiques légers, des purgatifs, des révulsifs et un traitement général. Le meilleur moyen de faire passer à l'état chronique une conjonctivite catarrhale, c'est de la traiter ainsi.

« Enfin cette ophthalmie n'attaque en général que les enfants des deux sexes, des sujets scrofuleux, tandis que la catarrhale n'épargne personne. »

3. *Ophthalmie catarrhale.* — M. le docteur

Vallez, médecin belge (?), a rapporté dans la *Gazette médicale de Paris* (n° 45 pag. 713) un fait qui vient à l'appui des considérations ci-dessus de M. Desmarres. Il s'agit d'un enfant lymphatique, âgé de 5 ans, « affecté d'une ophthalmie purulente très-grave, » à qui M. Vallez prescrivit, du 4 mai jusqu'au mois d'août, 41 sangsues au devant des oreilles, un vésicatoire à la nuque, 14 vésicatoires de Janin derrière les oreilles, 30 paquets de calomel, 80 paquets d'éthiops minéral; collyre de nitrate d'argent à 30 centigrammes pour 10 décigrammes d'eau ; un autre collyre à 53 centigrammes. » Malgré tous ces moyens, dit en terminant M. Vallez, les ulcérations ne se cicatrisaient pas, mais ne s'étendaient pourtant pas davantage. La santé de l'enfant s'épuisait; un amaigrissement notable était survenu, quelque bonne et forte que fût la nourriture, et malgré les soins que prenaient ses parents d'exécuter nos prescriptions. Le citrate de fer avait été pris à la dose de 6 grains par jour pendant le dernier mois. Il n'y avait pas à balancer ; suivre la même route, c'eût été infailliblement conduire, en ne lui sauvant peut-être pas les yeux, cet enfant à un épuisement funeste ; M. Desmarres prit donc, ainsi qu'il l'avait déjà fait pour deux autres jeunes malades de Versailles, à peu près dans le même cas, la résolution de prescrire le nitrate d'argent à haute dose. Dès le jour même de l'emploi de ce médicament, l'enfant ouvrit spontanément les yeux, à un jour assez sombre, et s'accoutuma bientôt à les tenir grands ouverts, en ne conservant qu'une visière. En peu de temps les ulcérations cupuliformes se remplirent d'une matière blanchâtre, épaisse, qui s'organisa et forma bientôt de solides cicatrices que nous espérons bien voir diminuer sous l'influence du laudanum et d'une

pommade de précipité rouge que l'on prescrira prochainement. La vue n'est d'ailleurs aucunement gênée par les opacités des cornées ; l'enfant reprend de l'embonpoint et n'emploie maintenant aucun médicament. Il est clair qu'à lui seul le nitrate d'argent à haute dose a agi ici d'une manière plus efficace que les antiphlogistiques, les mercuriaux, les purgatifs, les révulsifs, etc. »

M. Cadet, de Lisbonne, (*Jornal da Sociedade de sciencias medicas de Lisboa*, *IX*) a employé dans une ophthalmie catarrhale une solution de deux grains de pierre infernale sur une once d'eau; des instillations ont été faites deux fois dans la journée. Ce mode de traitement est donné par l'auteur comme nouveau; il faut noter que l'observation dont il parle a été recueillie en 1834.

M. d'Alren, chirurgien en chef de l'hôpital da Estrellhian à Lisbonne (*même Journal*, vol. IX, n° IV) a retiré de bons effets, dans un cas d'ophthalmie catarrhale purulente (probablement blennorrhoïque, si nous nous en rapportons à l'exposé des symptômes), de l'excision de la conjonctive et de l'usage d'un collyre composé de six grains de pierre infernale sur une once d'eau. Des saignées, des purgatifs, des révulsifs et divers collyres, avaient été employés précédemment, dans une ophthalmie de même nature dont avait souffert le malade et qui s'était terminée par la perte complète d'un œil. (Cette observation a aussi été recueillie en 1834.)

*a. Ophthalmie égyptienne.* — M. Decondé a présenté au Cercle médico-chirurgical de Bruxelles un mémoire ayant pour titre : *Histoire de l'ophthalmie des armées. Des endémies et des épidémies de cette maladie.* Ce travail, dont la Société a voté l'impression dans ses mémoires, a aussi été publié

dans l'*Encyclographie des sciences médicales* (tom. IX, janvier 1842, p. 145). L'auteur, avant de suivre la filiation de l'ophthalmie de l'Egypte dans les armées de l'Europe, croit devoir faire connaître le résultat de quelques recherches géographiques et historiques sur cette maladie.

Adams nous apprend que l'ophthalmie qui sévit en Egypte se montre en Syrie et dans toute l'Asie, et pour cette raison il veut la dénommer *Asiatique*. M. Decondé prouve que cette dernière dénomination n'est pas plus exacte que celle qui est généralement admise ; en effet on la retrouve dans différents pays, tant de l'Afrique et de l'Amérique que de l'Asie, où elle paraît cependant sévir avec plus d'activité et être plus répandue que partout ailleurs. On la retrouve à l'état endémique, et plus souvent à l'état sporadique, tant dans des pays chauds que dans quelques pays froids, en Laponie surtout ; mais toujours, dans les habitudes, le genre de vie des habitants des pays où cette affection se présente, on peut retrouver des causes qui expliquent suffisamment le développement et la propagation du mal, et ces causes se trouvent tout à fait en rapport avec les observations qui ont été publiées par les médecins de notre pays qui se sont occupés d'une manière spéciale de l'étude de l'ophthalmie de notre armée.

Parmi les causes les plus actives et les plus propres à développer et à étendre le mal, nous devons signaler l'encombrement et le défaut d'air suffisamment renouvelé. L'attention a été appelée d'une manière toute spéciale sur ce genre de causes par MM. les docteurs Gouzée et Decondé. M. Decondé admet, avec M. Bourjot S[t] Hilaire, qu'une constitution atmosphérique spéciale, non pas celle qui consiste dans des transitions du chaud au froid, de la

sécheresse à l'humidité, mais dans une composition particulière, quoique inconnue, peut être la cause des ophthalmies que nous étudions ; que celles-ci, d'abord sporadiques, peuvent prendre ensuite une forme épidémique, ou revêtir ce caractère de prime abord, et conserver plus tard une apparence endémique, *quoiqu'elles ne le soient pas réellement.*

M. Decondé a aussi publié dans les *Annales de la Société de médecine d'Anvers* (p. 143 à 166 et 317 à 371) deux mémoires *sur quelques points propres à éclairer l'étude de l'ophthalmie des armées.* Dans un chapitre consacré à la *prédisposition*, l'auteur fait connaître le résultat des recherches auxquelles il s'est livré, et d'où il résulte que les deux sexes, les différents âges, contractent la maladie avec la même facilité; que les constitutions n'y sont pour rien, si ce n'est que les constitutions sanguines laissent le mal à l'état franchement inflammatoire, tandis que chez les lymphatiques, les scrofuleux, l'ophthalmie offre quelques caractères spéciaux, une apparence de chronicité et d'opiniâtreté telles qu'elle guérit difficilement, laisse des traces de son existence et partant les individus qui en sont porteurs, sont disposés aux recherches du mal. M. Decondé n'admet aucune prédisposition *physiologique* à contracter l'ophthalmie ; mais il reconnaît des conditions favorables à son aggravation et à sa propagation. Quelques individus se montrent réfractaires à ce mal ; mais les caractères qui les distinguent des autres sont inappréciables. D'après ses recherches statistiques, M. Decondé a trouvé que la couleur claire ou foncée des yeux n'avait aucune influence sur le développement du mal et que l'un des deux yeux n'était pas plus souvent malade que l'autre.

M. Decondé admet des états *pathologiques* qui *facilitent* l'action du miasme ophthalmique et prédisposent en quelque sorte à l'ophthalmie; toutes les causes qui amènent une congestion vers les yeux peuvent développer l'ophthalmie des armées, lorsque les individus qui sont soumis à l'action de ces causes, se trouvent en rapport avec d'autres individus porteurs de granulations. M. Decondé prétend qu'en général une première ophthalmie préserve d'une seconde, de même qu'un premier typhus préserve d'une nouvelle affection typhoïde; si des granulations se montrent encore chez des sujets qui ont été traités antérieurement, c'est que les malades n'avaient pas été complétement guéris, et que des granulations peu développées avaient échappé d'abord, pour se développer plus tard.

Cette opinion a été combattue dans le rapport présenté à la Société de médecine d'Anvers (p. 166 de ses *Annales*) (1). L'auteur de ce rapport, M. Henrotay, a cherché à établir que si de nouvelles granulations ne se développaient pas aux endroits sur lesquels le caustique avait agi pendant longtemps, on devait en chercher la cause dans la formation du tissu de cicatrice, dont MM. Cunier, Gouzée et Lutens ont signalé l'existence dans les muqueuses palpébrales qui ont été soumises à la cautérisation.

M. Decondé consacre ensuite un grand nombre de pages à l'acclimatement. Voici à cet égard quelques-unes des conclusions qu'il formule :

« L'acclimatement à l'ophthalmie est d'autant plus

(1) Rapporteur, E. Henrotay, Commissaires, C. Broeckx et F. J. Matthyssens.

facile que le foyer du mal sera moindre et que le séjour y sera de peu de durée. Si on le prolonge, on ne le fera impunément que pour autant que cela soit insensiblement ou avec gradation.

« Plus le séjour, au contraire, sera long, plus le foyer du mal sera étendu, concentré ou actif, moins il y a de chances d'y échapper.

« Plus on sera espacé, plus on sera éparpillé, mais surtout plus on sera dans un air constamment renouvelé, au grand air, par exemple, moins on aura à subir les conséquences du mal. »

Dans son deuxième mémoire, M. Decondé étudie l'influence des garnisons, des cantonnements, des campements et des marches, sur l'extension et l'aggravation de l'ophthalmie des armées, et il apprécie les circonstances qui la rendent plus ou moins commune, plus ou moins grave, dans les diverses fractions de l'armée belge et dans les différentes circonstances dans lesquelles elle s'est trouvée pendant ces dernières années.

M. d'Ammon a appelé l'attention sur l'alternation (*Wechselverhältnis*) remarquable qui existe entre le règne des épidémies d'ophthalmie des armées, et le règne des dysenteries épidémiques ; depuis que les premières sont si communes, les dernières sont devenues de moins en moins fréquentes, (*Ann. d'Oculist*, VI, p. 191, et *Journ. für Ch. u. Augenh.*, n° 1.) Plusieurs membres du congrès de Brunswick (1841) ont confirmé l'existence de cette alternation ; d'après M. Schmidt, de Padesborn, l'ophthalmie militaire ne serait qu'un typhus oculaire. (*Ibid.*)

M. Decaisne s'est efforcé de prouver, par de nouveaux faits, que la cause première de l'ophthalmie n'existe pas dans l'armée belge, mais dans une pré-

disposition de la population. (*Ann. d'Oculistique*, VII, p. 38.) La circulaire ministérielle suivante a été provoquée par les faits signalés par M. Cunier, dans les réflexions dont il a fait suivre la lettre de M. Decaisne, et une communication de M. Snabilié sur l'ophthalmie de l'armée neérlandaise. (*Ibid.* p. 40.)

Bruxelles, le 2 septembre 1842.

*Le ministre de la guerre, aux chefs de tous les corps de l'armée.*

« M. le gouverneur du Hainaut m'a signalé plusieurs cas d'ophthalmie militaire qui se seraient développés chez des miliciens convalescents de cette affection et renvoyés prématurément dans leurs foyers. J'ai décidé, en conséquence, que tout homme envoyé en congé à long terme, pour quelque motif que ce fût, devrait, au préalable, être soumis à la visite du chef du service de santé du corps ou de la fraction du corps à laquelle il appartiendrait, et que le congé ne lui serait délivré qu'après qu'il l'aurait reconnu exempt de granulations récentes, ou dans un état de convalescence tel que la contagion ne fût pas possible.

« L'importance de cette mesure ne pouvant pas échapper à votre sollicitude pour le bien-être de nos concitoyens, j'ai l'honneur de vous prévenir que je me ferai rendre compte des cas d'ophthalmie qui seront encore signalés et que je sévirai contre les contraventions ou les négligences que je viendrais à découvrir. »

Cette circulaire dit assez que l'administration pense avec MM. Stiévenart et Cunier, que si l'on rencontre tant de granulés parmi les recrues, cela provient de ce que de nombreux cas de contagion

sont observés chaque année, à la suite du renvoi, dans leurs foyers, de soldats incomplétement guéris.

Un mémoire de M. Guépin, qui exerce à Nantes, établit que l'ophthalmie granuleuse est très-commune dans cette contrée, « bien que jamais la blépharophthalmie catarrhale des armées n'y ait régné. » (*Ann. d'Oc.* VII, p. 93.)

M. van Dommelen, chirurgien aide-major attaché à la garnison du Helder, a observé, du 26 mai 1841 au 30 juillet, 118 cas d'ophthalmie sur les mille hommes qui composent les garnisons de Willemsoord, du Helder et des forts environnants. 27 étaient affectés au deuxième degré (*phlegmathorrhée*), et 12 au troisième degré (*pyorrhée*). Dans les premier et deuxième degrés, le chirurgien hollandais a prescrit des instillations avec une solution de dix grains de nitrate d'argent sur une once d'eau distillée; quelquefois, surtout dans le deuxième degré, la dose du sel lunaire a été portée à quinze grains. Ces instillations ont été suivies du meilleur résultat. Dans la pyorrhée, la cautérisation par la pierre infernale en crayon a été mise en usage; le mal ne s'est terminé d'une manière fâcheuse que chez un seul soldat qui s'était soustrait aux visites des officiers de santé, et avait la cornée de l'œil droit ramollie lorsqu'il fut pris en traitement.

M. van Dommelen a eu l'occasion d'observer, dans d'autres garnisons, que l'ophthalmie purulente ne résiste à l'action du nitrate d'argent que chez les individus dyscrasiques, surtout chez les scrofuleux.

Pour ce qui est des déplétions sanguines générales et locales, M. van Dommelen n'en fait pas usage; les pédiluves, les drastiques, les vésicatoires, le séton à la nuque, lui paraissent souvent indiqués. Une recommandation sur laquelle il insiste, c'est de ne

pas tenir les malades dans l'obscurité ; la diminution modérée du jour n'est tout au plus indiquée que dans la période aiguë. (*Neéderlansch Lancet*, août.)

M. le docteur Gouzée, médecin principal de l'hôpital et de la garnison d'Anvers, a fait paraître son mémoire couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Ce livre, intitulé : *De l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge et des moyens d'arrêter la propagation de cette maladie dans toute agglomération d'individus* (in-8°, Bruxelles 1842) a été accueilli de la manière la plus distinguée par les médecins belges et étrangers. Nous ne parlerons pas des analyses qui en ont été données chez nous ; mais nous avons cru ne pouvoir nous dispenser de mettre sous les yeux de nos lecteurs ce qui en a été dit en France :

Voici l'article qu'y consacre la *Gazette médicale de Strasbourg :*

« L'ophthalmie qui, après avoir ravagé presque toutes les armées de l'Europe, paraît s'être retirée et comme fixée en Belgique, a déjà donné lieu à de nombreuses publications. Malgré cela, les médecins belges ne se lassent d'écrire sur ce sujet, pas plus que la maladie ne paraît se lasser de faire des victimes.

« Parmi les ouvrages récents publiés sur la matière, celui de M. Gouzée mérite surtout de fixer notre attention, tant à cause de la position favorable dans laquelle s'est trouvé l'auteur pour en recueillir les matériaux, qu'en raison aussi de la manière dont il envisage la question.

« Les deux parties les plus importantes de l'ouvrage que nous analysons, celles qui prêtent le plus à la controverse, sont relatives à l'étiologie et au traitement de l'ophthalmie. Si dans le dernier de ces chapitres M. Gou-

zée adopte les opinions de la plupart des médecins belges, il n'en est pas de même relativement à la cause de la maladie. Placé loin du théâtre de cette épidémie, n'ayant par conséquent l'occasion d'observer que des cas sporadiques de l'ophthalmie purulente, nous ne nous hasarderons pas à juger les assertions de notre auteur; mais nous les rapporterons avec d'autant plus d'empressement, qu'elles nous expliqueraient jusqu'à un certain point, pourquoi notre armée est, depuis si longtemps, préservée de l'ophthalmie, et par quels moyens nous pourrions la prémunir dans le cas où des événements politiques imprévus viendraient mêler nos troupes à celles de nos voisins belges.

« Depuis que l'ophthalmie a commencé à régner épidémiquement dans les armées européennes, pendant et après notre expédition d'Égypte, les médecins, et surtout les officiers de santé militaires, ont cherché à découvrir les causes qui déterminaient et entraînaient parmi les soldats une maladie aussi cruelle. Bien des hypothèses ont été émises et ont trouvé leur réfutation dans les faits eux-mêmes. Bien des influences ont été injustement accusées. Mais de toutes les causes présumées de l'ophthalmie, la contagion est celle qui a donné lieu aux controverses les plus vives. De nos jours, les expériences de Guillié et les essais thérapeutiques de Fréd. Jaeger, Rosas, Piringer, ont mis hors de doute la contagion directe ou médiate de l'ophthalmie épidémique. La contagion indirecte ou immédiate, soit au moyen des linges et vêtements du malade, soit par l'air ambiant (infection), est plus difficile à constater; aussi les avis sur ce mode de propagation sont-ils extrêmement divisés. Je me bornerai à rapporter l'opinion de notre auteur.

« M. Gouzée croit à l'origine égyptienne de l'ophthal-

mie qui règne dans l'armée belge. Il croit que cette affection a été introduite dans les armées européennes par les troupes françaises et anglaises qui l'avaient prise en Égypte. Suivant lui, beaucoup de ces soldats qui avaient fait la campagne d'Égypte étaient revenus avec des granulations palpébrales, suites de l'ophthalmie ; toutes les fois que ces soldats se trouvaient dans des circonstances favorables au développement du mal, parmi lesquelles la viciation de l'air par l'encombrement joue le plus grand rôle, l'ophthalmie se déclarait et affectait alors non-seulement ceux qui en portaient déjà le germe, mais aussi les individus qui se trouvaient avec eux dans le même air. D'où l'on conçoit comment le mélange des armées du temps de l'empire a pu répandre le mal dans tous les pays. M. Gouzée est disposé à croire que l'encombrement pourrait même faire naître une nouvelle épidémie dans le cas où toutes les traces de l'ancienne auraient disparu ; dans ce cas les yeux atteints de granulations consécutives à d'autres ophthalmies s'enflammeraient, et la maladie prendrait le caractère de l'ophthalmie de l'armée belge. Il doute fort que l'affection puisse se reproduire par l'intermédiaire des locaux ou des objets soupçonnés d'en recéler le miasme.

« Si l'opinion que nous venons d'exposer est vraie, il sera facile de déraciner le mal. Aussi ne sommes-nous pas étonnés de l'importance que met notre auteur à prouver la réalité de la cause productrice admise par lui.

« Il prétend que l'ophthalmie ne règne pas dans l'armée française, parce que les chambres des casernes ne contiennent ordinairement que dix à douze lits, que la distance d'un lit à l'autre est fixée à soixante-quinze centimètres, et qu'elle n'est jamais moindre de cinquante. En Belgique, au contraire, les chambres contiennent

quelquefois au delà de cinquante lits, qui sont souvent tellement rapprochés les uns des autres que la circulation devient difficile dans les salles.

« M. Gouzée a rassemblé un grand nombre de faits à l'appui de son opinion. De ces faits, qui, nous n'en doutons point, sont exacts, il résulte que l'ophthalmie affecte de préférence certains corps de l'armée belge, qui sont plus exposés que d'autres à l'encombrement, par les nombreuses recrues qui arrivent à une certaine époque de l'année, et qu'on a alors de la peine à loger. Qu'en outre, toute autre circonstance qui nécessite l'agglomération d'un grand nombre de soldats dans des locaux peu spacieux, augmente le nombre des ophthalmiques; que, par contre, les cas nouveaux diminuent de fréquence aussitôt qu'on a fait cesser l'encombrement. Que cette cause morbide est surtout très-active, lorsqu'elle agit sur un régiment qui a déjà précédemment eu des ophthalmiques et dont beaucoup de soldats portent des granulations conjonctivales.

« Il est facile de prévoir quelles sont les mesures prophylactiques recommandées par M. Gouzée. Il paraît que le gouvernement belge en a senti l'utilité, car déjà quelques-unes d'entre elles ont été mises en pratique. C'est ainsi que les lits de bois à deux places ont été remplacés en partie par des couchettes en fer à une place, qui, d'après les dispositions réglementaires, doivent être distantes les unes des autres de trente-six centimètres, lorsque les chambres ont au moins trois mètres de hauteur. Mais comme on n'a pas tenu compte de la largeur des chambres, il arrive quelquefois que l'encombrement est produit parce qu'on met une rangée de lits de plus que l'espace ne le comporte. La réduction de l'armée, par l'état de paix, a fait presque partout cesser l'encombrement; aussi le nombre des ophthalmiques a-t-il

considérablement diminué ; ce qui cependant ne donne pas de garantie pour l'avenir, aussi longtemps que les régiments contiennent des hommes qui portent le germe de la maladie et peuvent à la moindre occasion donner lieu à la recrudescence de l'épidémie. De là découle le second précepte prophylactique de M. Gouzée. Pour extirper la maladie il faut éloigner des hommes sains tous ceux qui portent le germe de l'ophthalmie, renvoyer dans leurs foyers les incurables, rassembler les autres dans des hôpitaux spéciaux pour les y traiter, et ne faire jamais rentrer au régiment un homme qui ne fût complétement guéri. C'est ce qui se fait depuis 1840. Dans toutes les casernes on a établi des salles particulières où sont rassemblés les hommes affectés de granulations palpébrales. Ils y sont soumis jusqu'à guérison complète au traitement par la cautérisation. Afin d'initier les officiers de santé aux règles les plus sûres de l'application du caustique, le gouvernement a envoyé tour à tour tous les médecins de régiment au dépôt des granulés de Namur, pour y faire une sorte de stage, sous les yeux de MM. Fallot et Loiseau.

« Outre ces mesures, dont nous venons de parler, notre auteur recommande encore de ménager le soldat, surtout les jeunes miliciens (ce qu'on a bien de la peine à faire comprendre aux chefs de corps), d'éloigner tous les agents capables d'irriter les organes visuels, de ne pas comprimer le front et de laisser au cou du soldat une liberté entière.

« Le traitement curatif de l'ophthalmie de l'armée repose surtout sur l'emploi des évacuations sanguines et de la cautérisation par le nitrate d'argent. Ce sont les moyens généralement adoptés par les médecins belges. M. Gouzée établit les indications pour chacune de ces médications, ainsi que pour l'usage, quoique secon-

daire, de quelques autres agents médicamenteux. Dans l'impossibilité où nous sommes de donner en abrégé une partie qui ne peut être utile que par les détails, nous préférons renvoyer nos lecteurs à l'ouvrage lui-même, qu'ils ne liront ni sans fruit, ni sans intérêt. »

Le *Journal de médecine et de chirurgi pratiques*, s'exprime en ces termes :

« Des nombreux écrits qui ont paru sur l'ophthalmie de l'armée belge, aucun ne nous a semblé contenir des faits plus importants que celui que vient de publier M. le docteur Gouzée, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Anvers. La haute position qu'occupe ce médecin distingué lui a permis d'acquérir une expérience qui donne beaucoup de poids à son opinion sur un sujet si controversé. Nous regrettons que le grand nombre d'ouvrages dont nous avons à rendre compte, et qui sont pour nos lecteurs d'un intérêt plus général, ne nous permette pas de nous arrêter sur ce livre aussi longtemps que nous le désirerions. Nous ne pouvons donc qu'engager ceux de nos confrères qui, par leur position, peuvent avoir à combattre cette ophthalmie, à étudier, dans l'ouvrage de M. Gouzée, ses causes, ses symptômes, et surtout les moyens que l'on doit employer pour la guérir ou pour prévenir son développement. »

Le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, la *New-York Lancet*, le *Journal für Chirurgie und Augenheilkunde*, l'*OEsterreichische medicinische Jahrbücher*, etc., etc., font le plus bel éloge du livre de notre compatriote.

M. Lerche (*Oppenheim's Zeitschrift*, 1842) a constamment à traiter, dans son dispensaire ophthalmique de St.-Pétersbourg, des malades atteints d'ophthalmie égyptienne sporadique. Dans les hy-

pertrophies avec développement granuleux du corps papillaire, sans blennorrhée ni affection inflammatoire du globe, il fait appliquer à des intervalles rapprochés, une ou deux sangsues sur la conjonctive palpébrale; immédiatement après, ont lieu des lotions d'eau froide, moyen qui favorise le retour de la conjonctive à l'état normal. Lorsque cette pratique n'a pas réussi, il a recours à la cautérisation par le sulfate de cuivre ou la pierre infernale, ou à l'emploi en solution de ces substances ou de l'hydriodate de potasse, ou à l'instillation de la teinture d'opium; des dérivatifs, des ventouses scarifiées, une diète sévère, sont en même temps mis en usage. Dans les ophthalmo-blennorrhées chémosiques il emploie les saignées, les purgatifs drastiques, et les applications froides. Il ouvre toujours avec le couteau à cataracte les abcès qui se forment dans la cornée; M. Lerche dit avoir essayé, sans succès, dans différents degrés et sur plusieurs malades, la méthode vantée comme spécifique par Hanke et qui consiste dans l'administration d'une infusion de digitale et de belladone conjointement avec l'usage de l'hydriodate de potasse et de l'iode. La morphine par voie endermique a toujours été efficace dans les cas de violente douleur. Il paraîtrait, d'après le langage un peu embrouillé de M. Lerche, que de très-fréquents accidents ont eu lieu dans sa pratique.

M. Fallot est revenu, dans une note insérée dans les *Archives de la médecine belge* et les *Annales d'Oculistique* (septembre) sur les bons effets de l'emploi du crayon de pierre infernale dans les diverses périodes de la maladie qui nous occupe.

4. *Ophthalmie des nouveau-nés.* — Les deux propositions suivantes sont formulées par M. Kra-

nichfeld, p. 25, de son *Conspectus publicus morborum ophthalmicorum qui in Instituto policlino-ophthalmiatrico Universitatis regiae Guillelmae ab anno MDCCCXXX usque ad annum MDCCCXLII tractati et sanati fuerunt.* Berolini 1842, 4°, Wohlgemuth.

VI. *Istud malum, quod nomine ophthalmiae neonatorum vulgare est, a medicis vero et a parentibus negligitur saepissime, inter morbos oculi humani periculosissimum est. Dum id decies offert caracterem mitem, undecima vice vis morbi insueta incedit citoque totum organon destruit. Hac ratione non pauci hominum etiam apud nos sensum nobilissimum amiserunt. Quare ophthalmia neonatorum et medicis et parentibus magni momenti sit necesse est.*

VII. *In hoc malo periculoso ille saepe observatus iridis prolapsus, qui sequela est ulcerum corneam penetrantium, atque partes oculi reliquae etiamsi non consumuntur, synechia anteriori orta visum prorsus destruere solet, vi peculiari Hyosciami vel Belladonnae ex regulis propriis adhibiti in casibus longe plurimis auxilio non sero implorato, aeque atque ulcera corneae sanatus et tali modo visus conservatus est.*

M. Doepp, chirurgien en chef de l'hôpital des Enfants-Trouvés, à St.-Pétersbourg (*Vermischte Abhandlungen aus dem Gebiete der Heilkunde von einer Gesellschaft practischer Aerzte in St.-Petersburg.* 6e Sammlung. 1842), range l'ophthalmie des nouveau-nés au nombre des affections les plus fréquentes dans l'établissement confié à ses soins ; le refroidissement est, selon lui, la cause la plus fréquente de cette affection.

Au rapport de M. Smith (*Edinb. med. and Surg.*

*Journal*), la leucorrhée est pour ainsi dire la maladie de toutes les femmes de l'intérieur du Pérou; les ophthalmies des nouveau-nés y sont extraordinairement fréquentes.

M. Trousseau s'est occupé de cette ophthalmie (*Journal des conn. médico-chirurgicales*, juin). Avant de prendre le service de l'hôpital Necker, ce professeur n'avait jamais vu cette affection, lorsqu'elle n'était point de nature syphilitique, avoir une issue fâcheuse; mais dans son nouveau service il a observé plusieurs fois que les yeux étaient perdus après quelques jours, et il a remarqué *qu'il existait une relation entre la gravité du mal et les épidémies de fièvres puerpérales*. Pour ce qui est du traitement, voici comment il s'exprime :

« Si l'ophthalmie consiste seulement dans un léger gonflement des paupières avec sécrétion mucoso-puriforme peu abondante, sans photophobie, sans rougeur vive de la conjonctive, il suffira, dans le plus grand nombre des cas, de faire des lotions fréquentes avec une infusion *très-chaude* de mélilot, ou de cerfeuil, d'instiller dans l'œil, une ou deux fois par jour, quelques gouttes d'un collyre fait avec de l'eau distillée à la dose de cent grammes, dans laquelle on aurait fait dissoudre trois centigrammes seulement de sulfate de zinc ou de nitrate d'argent.

« Mais si l'ophthalmie semble prendre quelque intensité, il faut, sans plus attendre, recourir à la médication la plus héroïque que nous connaissions dans cette occurrence. Il faut faire préparer une solution très-concentrée de nitrate d'argent, 5 grammes pour 25 à 30 grammes d'eau distillée, et à l'aide d'un pinceau imbibé de cette solution, toucher vigoureusement la conjonctive *et même la cornée* (?),

deux fois le premier jour, une fois les deux jours suivants : il est rare qu'après deux jours de cette énergique médication, il n'y ait pas un tel amendement dans les symptômes, que la maladie soit désormais sans danger; cependant il est raisonnable de recommencer, dans les cas où la suppuration continuerait encore avec quelque violence ; et si, lorsque le mal semble à peu près guéri, on voit persister encore la lippitude et la rougeur légère de la conjonctive, il convient d'enduire, le soir, les paupières de l'enfant avec un peu de la pommade suivante : Bioxyde de mercure, 1 gr. Axonge, 15 gr. »

M. d'Ammon a fait connaître (*Ann. d'Oc.*, VIII, p. 57, et *Journ. cité*, n° 1) sa méthode de traiter l'ophthalmie des nouveau-nés. Il insiste sur l'emploi de l'extrait de belladone et de l'eau chlorurée.

M. Defuisseaux (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*) a eu à se louer des instillations avec une solution de nitrate d'argent.

5. *Ophthalmie syphilitique.* — M. Lerche (*Vermischte Schriften a. d. G. der Heilk. v. ein. Gesells. pract. A. in St.-Petersburg*, 1842) a compté 166 cas d'affections syphilitiques des yeux, (ophthalmie blennorrhoïque, ulcères et iritis syphilitiques, etc.) sur les 54,536 malades qui se sont présentés à son dispensaire ophthalmique, à St.-Pétersbourg, pendant les huit dernières années. Les antiphlogistiques et les débilitants lui ont réussi plus heureusement et plus promptement que tous les mercuriaux mis en usage jusqu'à ce jour.

M. Acton (*A complete practical Treatise on veneral diseases*, etc, London 1841, rec. in *Oppenheim's Zeitschrift, August*) n'a jamais vu d'ophthalmie blennorrhagique qui ne fût due au contact immédiat de la matière gonorrhoïque.

Le premier moyen à employer dans la blennorrhagie oculaire, le seul moyen qui soit d'un secours réel et prompt, consiste, suivant M. Benedict (*Abhandlungen*, etc., p. 15), dans l'emploi des scarifications de la conjonctive de la sclérotique ; elles peuvent même être pratiquées dans la 3e période du mal. Les incisions ne doivent pas être trop rapprochées; il faut y revenir tous les jours jusqu'à ce que la tuméfaction et la purulence aient cessé; pratiquées une ou deux fois seulement, les scarifications sont plutôt nuisibles qu'utiles.

Le moyen qui vient en second ordre, est, ajoute M. Benedict, le camphre tiède ; il fait diminuer l'inflammation et la tuméfaction. Ce moyen doit être manié avec prudence. La compresse trempée dans un mélange camphré tiède ne doit être appliquée sur l'œil qu'après que celui-ci a été bien nettoyé, et il faut la renouveler fréquemment, en ayant soin d'enlever, chaque fois, la matière sécrétée, au moyen d'un collyre ainsi formulé : Tinct opii crocat. gr. IV, solve in *Aq. dest.* ℥j.

Tel est le traitement qui a réussi à M. Benedict dans les première et deuxième périodes de l'ophthalmie blennorrhoïque. Dans la troisième période, lorsque déjà il y a ramollissement, désorganisation de la cornée, il trouve que le remède le plus convenable consiste dans l'emploi d'instillations avec le laudanum.

M. Benedict emploie conjointement des révulsifs internes et externes, etc.

M. Holscher rapporte l'observation suivante d'ophthalmie blennorrhoïque guérie par la méthode ectrotique : Un garçon vitrier affecté de blennorrhée urétrale, contracte une violente ophthalmie gonorrhoïque de l'œil droit. Malgré une saignée

de 14 à 16 onces, l'administration du nitre et du tartre stibié, l'emploi continu de compresses trempées dans une solution échauffée de sublimé (grij sur 8 onces d'eau) et des instillations fréquemment répétées d'eau ophthalmique de Conradi, entre les paupières, le boursoufflement de la conjonctive avait fait des progrès considérables jusqu'au 3ᵉ jour et le pus épais et jaune-verdâtre inspirait de sérieuses craintes par sa qualité et sa quantité.

M. Holscher se décida à introduire entre les paupières un crayon de pierre infernale arrondi et lisse vers sa pointe, et le promena sur la surface inférieure et supérieure de la conjonctive. Quoique cette cautérisation n'eût pas occasionné de douleur considérable, on injecta néanmoins un peu de lait tiède. « Il est de remarque, dit M. Holscher, que, moins la cautérisation cause de douleur, d'autant plus elle doit être profonde et fréquemment répétée; au contraire elle devra être d'autant plus légère et rare, qu'elle occasionne plus de douleur. » Dès le 4ᵉ jour, le boursoufflement et la sécrétion étaient diminués; cependant il en revint à la cautérisation. Le 5ᵉ jour, on put examiner l'œil. La cornée était trouble, mais sans ulcération. On excisa à l'aide de ciseaux de fortes portions de la conjonctive boursoufflée et le patient prit un purgatif mercuriel. On revint à la cautérisation le 6ᵉ, le 8ᵉ, le 10ᵉ et le 15ᵉ jours du traitement, et plus tard encore, le 20ᵉ et le 24ᵉ, pour détruire les granulations qui s'étaient développées à la paupière inférieure. Sous l'influence de ce traitement, l'état du malade s'améliora journellement. Plus tard, il se développa un ulcère de la cornée, qui céda à l'emploi d'une solution de sulfate de zinc avec la teinture d'opium. Dès lors l'œil fut entièrement rétabli. Il est à remarquer

que la blennorrhée urétrale n'avait pas entièrement cessé.

Dans un autre cas analogue, mais moins grave, le même traitement produisit entre les mains de M. Holscher le même heureux résultat ; seulement les cautérisations furent moins fréquentes à cause de la réaction qui les suivait.

Le premier soin qui doit occuper le médecin, est, selon M. Lutterotti (*OEsterr. med. Wochenschrift*, nº 52) de rappeler le flux urétral, s'il n'existe plus, ou de le stimuler s'il existe encore.

Une brochure de M. Scherrer (*Commentatio de ophthalmia gonorrhoïca*, Phorceni 1842, 8º) a été longuement analysée et commentée par M. Fallot (*Ann. d'Oc.* VII, p. 185).

M. Acton (l. cit.) signale, au nombre des affections syphilitiques secondaires, des éruptions ayant leur siége sur les paupières, et affectant la forme de psoriasis et de condilômes ; sa symptomatologie de l'iritis est celle de M. Lawrence. Il l'a toujours vu se manifester du troisième au douzième mois après les symptômes primitifs, que le mercure eût ou n'eût pas été administré. Il signale cette circonstance, que l'iritis syphilitique, chez les individus avancés en âge, est beaucoup plus fréquente à Londres qu'à Paris, ce qu'il attribue au plus grand denûment et au plus grand abus des spiritueux chez les individus de la basse classe.

M. Macpherson (*London med. Gaz.*) signale cette circonstance, que la syphilis est excessivement commune au Bengale, tant parmi les Européens que parmi les naturels du pays ; mais que jamais on n'y observe l'iritis syphilitique. M. Arch. Smith (*Edinb. med. and surg. Journ.*) signale la même circonstance pour le Pérou. Les affections syphilitiques

secondaires sont en quelque sorte inconnues dans ces pays. (*Oppenheim's Zeitschrift*, april.)

M. Herbert Mayo (*A Treatise on syphilis*, London 1841, analysé dans *Oppenheim's Zeitschrift*, mai) a traité longuement de l'iritis syphilitique; ce qu'il dit des symptômes, du traitement etc., n'est que la répétition de ce qu'a écrit M. Lawrence.

Une brochure suédoise (*Rapport ofver veneriska sjukdoms forhållanden å kongeliga Almanna Garnisons-Sjukhuseti Stockholm, under år* 1839. Stockholm, 1841) signale quelques cas d'affections syphilitiques secondaires des yeux, observées sur des soldats de la garnison de Stockholm, et traitées avec succès par la cure de faim, l'*hungerkur* des Allemands.

6. *Ophthalmie scrofuleuse*. — M. le docteur Payan termine, par les propositions suivantes, un mémoire pratique sur l'ophthalmie scrofuleuse inséré dans le *Journal de la Société de médecine de Bordeaux*, janvier 1842 :

*a*) Il existe réellement une espèce d'ophthalmie influencée par la constitution scrofuleuse, et que l'auteur nomme pour cette raison ophthalmie scrofuleuse.

*b*) Quand on étudie la manière dont elle se manifeste, on est amené à conclure que les caractères qui la signalent présentent des différences assez notables, suivant les cas, et à établir par suite trois variétés de cette ophthalmie, savoir : l'ophthalmie scrofuleuse indolente, l'ophthalmie scrofuleuse inflammatoire, l'ophthalmie scrofuleuse irritative.

*c*) Dans la première éspèce, qui se développe chez les sujets très-lymphatiques, à constitution strumeuse indolente, les symptômes ophthalmiques affectent une marche et une allure tout à fait lentes,

peu actives, totalement en harmonie avec l'indolence constitutionnelle des individus. Dans la seconde espèce, des symptômes phlegmasiques suraigus sont surajoutés à l'ophthalmie; tandis que ce sont des symptômes irritatifs qui signalent principalement la troisième variété.

*d*) Le raisonnement, non moins que l'expérience, démontrent qu'un traitement différent doit être appliqué à ces trois espèces d'un même genre morbide; qu'à l'ophthalmie indolente convient le traitement anti-scrofuleux excitant, celui que l'observation a démontré propre à activer le cours de la lymphe, à favoriser l'absorption organique; que, contre l'ophthalmie scrofuleuse inflammatoire, il faut s'adresser avant tout aux antiphlogistiques, aux dérivatifs, en un mot, à des moyens énergiques, pour juguler la phlegmasie oculaire; et, qu'enfin, contre l'ophthalmie scrofuleuse irritative, il importe de recourir à des moyens à la fois anti-scrofuleux et anti-irritatifs, notamment à l'hydrochlorate de baryte, qui possède en même temps une action directe contre la dyscrasie du sujet et contre l'irritabilité qu'on a à traiter. On y joint un régime antiphlogistique et adoucissant.

M. Neuhausen dit avoir retiré de bons effets des vésicatoires appliqués sur les paupières dans les ophthalmies scrofuleuses. (*Med. Correspdblatt rh. u. Westph. Aerzte*, n° 12.) M. Doepp, de S^t^.-Pétersbourg (*loco cit.*), dit aussi s'en être bien trouvé; il les entretient pendant longtemps en suppuration.

M. Panck, de Moscou (*Oppenheim's Zeitschrift*, juli), signale les bons effets de l'huile de foie de morue dans l'ophthalmie scrofuleuse. Il résulte de ses observations, comme de toutes celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, que cet agent thérapeutique

ne rend de bons services que dans les ophthalmies scrofuleuses de nature torpide.

La solution suivante est recommandée par M. Evermann contre les taches de la cornée, suites de l'ophthalmie strumeuse (*Bouchardat, Ann. de thér.* 1843, p. 257).

| | |
|---|---|
| Iodure de potassium, | 1 gram. |
| Eau, | 50 gram. |

7. *Ophthalmie rhumatismale.* M. Le Calvé a publié dans le cahier de juillet du *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier*, un mémoire sur cette affection.

L'auteur commence par rapporter en détail trois observations qu'il donne comme types de cette affection et desquelles il déduit les symptômes de l'ophthalmie rhumatismale et les règles générales du traitement qui lui sont applicables.

« Quant aux symptômes, voici ce qu'il est bon de noter. L'ophthalmie rhumatismale à son siége primitif dans la sclérotique. L'inflammation et l'ulcération de la cornée ne sont que secondaires. Dans l'ophthalmie rhumatismale franche, l'ulcération de la cornée consiste en une phlyctène qui, étant vidée, laisse à sa place une ulcération oblongue, plus profonde, et sécrétant une matière séro-albumineuse. Lorsque l'ophthalmie rhumatismale est compliquée, l'ulcération de la cornée est plus profonde, creusée en godet, contenant du pus; dans ce cas, il y a souvent infiltration purulente (onyx) entre les lames de cette membrane. On n'aperçoit jamais sur cette membrane, soit à l'œil nu, soit à l'œil armé d'une loupe, des vaisseaux rouges se rendant, soit à la phlyctène, soit à l'ulcération. Un autre caractère essentiel, c'est qu'il n'y a jamais plusieurs ulcéra-

tions sur la cornée. La pupille est, règle générale, presque toujours déformée, et l'on aperçoit au fond de l'œil un trouble que l'on a comparé à de la fumée, ou une teinte jaune-verdâtre qui a quelquefois fait prendre cette ophthalmie pour un commencement de glaucôme.

« La douleur qui, presque toujours, a son siége primitif dans le fond de l'orbite, est lancinante, devient bientôt sus-orbitaire, et s'irradie dans la tempe et dans tout le côté de la tête correspondant à l'œil malade ; exacerbation le soir, sensation d'un froid glacial, du moins le plus souvent. Il est très-rare que les deux yeux se prennent à la fois ; presque toujours un seul est affecté ; enfin, les causes occasionnelles sont celles du rhumatisme.

« Lorsque l'ophthalmie rhumatismale est convenablement traitée, elle se termine toujours par résolution. Abandonnée à elle même, ou traitée d'une manière peu convenable, elle peut se terminer par l'opacité de la capsule antérieure. Quand elle passe à l'état chronique elle se termine par une opacité complète.

« La première indication à remplir, dit M. Le Calvé, est de combattre la phlegmasie oculaire ; la saignée générale est indiquée chez les sujets forts. On a recours ensuite aux saignées locales. On doit éviter de placer des sangsues trop près de l'œil : leur place est aux tempes et aux apophyses mastoïdes.

« Immédiatement après la première saignée, M. Le Calvé fait sur le front et autour de l'orbite cinq ou six frictions par jour avec une pommade mercurielle belladonée. Les purgatifs et l'émétique en lavage sont très-utiles après la saignée ; les pédiluves sinapisés fortement et de peu de durée sont aussi très-avantageux. La seconde in-

Moorabad, Skahjehanpore et Cownpore. Ces malheureux étaient soumis à l'action de causes débilitantes de toute espèce : nourriture insuffisante; alimentation sans variété, comme sans assaisonnement; air impur ; claustration la nuit dans une forteresse entourée de murs élevés; chaleur excessive l'été, froid rigoureux durant l'hiver; impressions morales déprimantes. Plusieurs d'entr'eux eurent à souffrir d'une dysenterie épidémique et ceux qu'elle n'emporta pas furent réduits à un état de faiblesse extrême. Toutes leurs sécrétions étaient suspendues, excepté celles des intestins. Ils avaient la langue pâle, les membres ployés sur eux-mêmes et la surface du corps froide, même en été. La transpiration cutanée était supprimée.

« Les yeux présentaient un aspect vitreux; bientôt survenait une inflammation de la conjonctive. Un ulcère se formait sur la cornée et attaquait en peu de temps toutes ses lames, phénomène suivi par l'évacuation des humeurs de l'œil. Ce qu'il y eut de remarquable dans *tous* les cas, c'est que les malades n'éprouvèrent *aucune douleur*. La sécrétion des glandes de Méibomius et de la glande lacrymale était augmentée, et la conjonctive suppurait. Après la sortie du cristallin, le globe oculaire revenait ordinairement sur lui-même. Les deux yeux se prenaient fréquemment l'un et l'autre, et le malade finissait par mourir dans un état avancé d'émaciation.

« Ces faits qui, à ce qu'il paraît, se sont présentés en grand nombre à l'observation de l'auteur, nous ont semblé curieux à faire connaître, principalement à cause de l'analogie frappante qu'ils offrent avec le résultat des expériences faites par M. Magendie. Des deux côtés, mêmes conditions antérieures, même appareil de symptômes généraux, même ordre

dans l'apparition des phénomènes propres à l'œil. Entre les mains de l'expérimentateur, comme sous les yeux du médecin, constamment la perforation de la cornée a été le dernier signe d'une débilitation poussée à l'extrême, et la mort n'a pas tardé à la suivre. Enfin, pour compléter la ressemblance, on vient de lire que *la sécrétion des glandes de Méïbomius était augmentée* chez les prisonniers. M. Magendie dit aussi (*Précis élémentaire de physiol.*, t. II, p. 499) que l'évacuation des humeurs de l'œil, chez le chien, *fut accompagnée d'une sécrétion abondante des glandes propres aux paupières.* Si cette coïncidence ne suffit pas pour faire découvrir les causes d'un phénomène encore inexpliqué, au moins conviendra-t-on qu'elle peut fournir d'utiles lumières à ceux qui s'occuperont de ce curieux problème. (*Gaz. méd. de Paris* n° 3.)

M. le docteur Canstatt a traité de quelques-unes des formes de l'affection qui nous occupe, dans un mémoire inséré dans le tome III des *Annales d'Oculistique*, p. 157. Nous avons mentionné ce travail dans la *Revue ophthalmologique de la littérature médicale des années* 1840 et 1841 (p. 93), à l'occasion d'une note de M. Caffe. Il ne sera pas sans intérêt de rappeler, à la suite du travail de M. Brett, les conclusions du mémoire de M. Canstatt; notre collaborateur a trouvé :

1°) Que l'infection purulente du sang, analogue à celle qui est produite par l'altération artificielle du sang chez les animaux, peut déterminer une affection particulière des yeux ;

2°) Que ce mal oculaire n'existe jamais isolément, mais qu'il est, au contraire, toujours accompagné de collections purulentes dans d'autres organes ;

3°) Que c'est particulièrement le cerveau qui est

le siége de ces collections, et qu'il est assez probable que l'altération cérébrale est en rapport causal primitif avec l'affection de l'œil ;

4° Que ce mal oculaire a une marche destructive extraordinairement rapide, et qu'il se présente absolument sous les mêmes caractères que ceux que l'on observe à la suite de l'interruption subite de l'innervation nutritive de cet organe ;

5°) Que nonobstant l'injection de la conjonctive et le chémosis qui se manifestent, ce mal est fort éloigné d'être de nature purement inflammatoire ;

6°) Que l'on n'a pas encore d'exemple de guérison; que cette affection est une des plus pernicieuses. Heureusement c'est aussi une des plus rares.

M. Fallot avait remarqué que, dans les ophthalmies purulentes, il existait une altération dans le sang tiré de la veine, dont le sérum présentait une espèce de lactescence, qui n'existait pas dans le sang des autres malades en traitement à la même époque, et il signalait ce fait à l'administration centrale du service de santé de l'armée, le 8 novembre 1837. Ce fait se trouve également consigné dans un mémoire de M. Fallot publié dans le premier volume des *Annales d'Oculistique*, p. 13, 1er septembre 1838.

9. *Ophthalmie nerveuse.* (??) — Nous extrayons du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* p. 126-128, les *Considérations* suivantes *sur l'ophthalmie nerveuse et son traitement :*

« Une femme s'est présentée à l'hôpital avec une ophthalmie qui offrait des caractères particuliers. C'était *l'ophthalmie nerveuse* déjà décrite par M. Lisfranc, il y a plus de douze ans, et *dont le symptôme le plus saillant est une* PHOTOPHOBIE EXTRÊME AVEC LARMOIEMENT CONSIDÉRABLE. (!!) *Les malades ne peuvent entr'ouvrir les paupiè-*

*res, la conjonctive est modérément enflammée*; mais l'œil est sain, et on n'y distingue aucune lésion. Dans ce cas-là, si on emploie les collyres émollients ou astringents, les vésicatoires, les sétons, les purgatifs, la cautérisation, on n'obtient aucun effet avantageux. M. Lisfranc combat ordinairement cette ophthalmie nerveuse par des frictions sur les tempes et derrière les oreilles avec un gramme d'extrait de belladone. D'autres fois, il fait instiller dans l'œil un mélange d'un ou deux grains d'extrait de belladone dans 4 onces d'eau distillée de roses ou de plantain. Mais en général il préfère les frictions au collyre. Ce moyen lui a réussi dans un grand nombre de cas qui avaient opiniâtrement résisté à des traitements divers. La légère inflammation de la muqueuse oculaire, *entretenue par cette ophthalmie nerveuse*, cède bientôt après elle, et, en quelques jours, l'œil est complétement débarrassé. »

Nous avons laissé à cette affection son titre *d'ophthalmie nerveuse*, que lui donne M. Lisfranc. Nous sommes historiens, et rien de plus.

10. *Déscemétite*. — M. Bedfort (*Guy's Hospital Reports*, octobre 1842) rapporte quelques observations d'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse, et en déduit les propositions que voici :

*a*) L'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse peut être simple ou strumeuse, aiguë ou chronique.

*b*) Une légère opacité, une nébulosité de la membrane est le signe principal de son inflammation. Ceci est le résultat, non pas du dépôt d'un produit morbide, mais seulement d'une turgescence vasculaire.

*c*) L'aspect tacheté de la membrane, dépendant probablement d'un dépôt de lymphe ou d'une sup-

puration disséminée par points, est, avec le trouble de l'humeur aqueuse, le signe d'un degré plus intense d'inflammation.

*d*) Les terminaisons de cette phlegmasie sont l'augmentation de sécrétion, l'épanchement fibrineux, l'effusion puriforme et l'ulcération.

*e*) L'hyperdiacrisie, constituant l'hydropisie de la chambre antérieure, se reconnaît à un ensemble bien déterminé de symptômes objectifs et subjectifs. Cette terminaison ne détruit pas nécessairement la vision et peut être guérie par certaines médications. L'évacuation de l'humeur aqueuse, quoique utile comme moyen palliatif, et convenable dans les cas où il existe de vives douleurs, est cependant accompagnée de quelques désavantages, et sa valeur, au point de vue de la cure radicale, est très-douteuse.

*f*) L'épanchement fibrineux cède dans le début à des remèdes simples ; et, quand il est plus avancé, à l'administration modérée du mercure.

*g*) L'effusion puriforme est, moins fréquemment que l'épanchement fibrineux, le résultat d'une simple inflammation. Quand elle a lieu dans une grande étendue, l'évacuation peut avoir des avantages; mais, dans la grande majorité des cas, la résorption suffit pour la faire disparaître, et cet effet s'obtient surtout par l'usage des moyens qui conviennent à l'espèce particulière d'ophthalmie à laquelle on a affaire.

*h*) Enfin, l'ulcération est la plus rare de toutes les terminaisons.

Nos lecteurs connaissent la monographie de M. Rau (*Ann. d'Oc.* III, p. 36) ; ils pourront comparer les résultats des observations du professeur de Berne et de celles du médecin anglais.

11. *Ptérygion.* — La guérison a été obtenue par

la ligature, dans un cas communiqué par M. Szokalski à la Société de médecine de Gand. (*Bulletin* de cette Société, février 1842, p. 17.)

Obs. — « Une jeune domestique, d'une constitution lymphatico-sanguine, portait, dans le grand angle de l'œil gauche, un ptérygion qui s'avançait par son sommet à près d'une ligne sur la cornée. La malade avait été sujette, dans son enfance, à de fréquentes conjonctivites pustuleuses, et elle prétendait que le ptérygion s'était développé à leur suite. Elle désirait vivement être débarrassée de son mal, car il lui faisait voir tous les objets doubles lorsqu'elle regardait de côté, phénomène qui s'expliquait par la gêne dans les mouvements de l'œil. L'opération offrait la seule chance de guérison, et je l'exécutai par le procédé ordinaire, c'est à dire que je saisis le ptérygion avec une airigine, que je le séparai de la sclérotique avec un couteau, en commençant par son sommet, et qu'arrivé près de la caroncule lacrymale, je le coupai au moyen de ciseaux. La guérison n'offrit rien de remarquable. Mais au bout d'une quinzaine de jours, le ptérygion s'était reproduit, et ressemblait exactement à celui que j'avais enlevé, à cette seule exception, que son sommet ne siégeait plus sur la cornée, mais près de son pourtour, sur la sclérotique. Une nouvelle excision fut entreprise : je la fis suivre d'une cautérisation de la plaie, que je réiterai plusieurs fois ; mais je ne fus pas plus heureux : le ptérygion se reproduisit de nouveau. Après ces insuccès, il me sembla qu'il fallait, avant tout, provoquer l'oblitération des vaisseaux et qu'alors l'hypertrophie de la conjonctive, dont dépend évidemment le ptérygion, ne pourrait plus avoir lieu. En partant de cette idée, j'eus recours à la ligature, que j'appliquai de la manière suivante : Un fil en soie fut enfilé, par ses deux chefs, dans deux aiguilles chirurgicales très-fines ;

ayant écarté et fixé les paupières avec l'instrument de Kelley-Snowden, je saisis le ptérygion avec une pince à airigne; je passai ensuite les deux aiguilles, l'une à sa base et l'autre à son sommet, entre lui et la sclérotique. Les fils furent attirés un peu et coupés avec des ciseaux tout près des aiguilles. Par ces coupures, le fil fut divisé en trois parties, dont la première avait ses deux chefs dirigés en bas et son anse en haut, et les deux autres chacun un bout en haut et un autre en bas. Les deux derniers fils furent liés de sorte que la première ligature embrassât le ptérygion à sa base et l'autre à son sommet. Quant au troisième fil, il fut attiré jusqu'à ce que son anse s'appliquât sur le bord supérieur du ptérygion; ses deux chefs furent liés ensuite par un nœud qui se plaça sur son bord inférieur. La ligature formée par le dernier fil embrassa toute la surface du ptérygion, par laquelle celui-ci était réuni avec la sclérotique.

« Les bouts de ces trois ligatures furent fixés sur la joue avec des emplâtres agglutinatifs; mais ils étaient peu tendus pour laisser à l'œil un libre jeu dans l'orbite. Les deux yeux furent ensuite fermés, les paupières collées avec du taffetas d'Angleterre, comme on a l'usage de le faire après l'opération de la cataracte par extraction; l'œil malade fut fomenté avec de l'eau glacée. L'acollement des paupières me parut indispensable pour empêcher, autant que possible, les mouvements de l'œil opéré et pour éviter une trop forte réaction inflammatoire. Le lendemain, les paupières de l'œil opéré étaient un peu gonflées, la conjonctive enflammée, les ligatures humectées de mucus conjonctival; cependant, malgré tout cela, elles furent mieux supportées que je ne l'avais présumé, de sorte que je pus les laisser pendant trois jours. Au bout de ce temps, la suppuration commença à s'établir: il était évident que l'oblitération des vaisseaux était

effectuée; je saisis donc de nouveau le ptérygion avec une pince à airigne, et j'excisai toute la partie comprise entre les ligatures : aucune hémorrhagie n'eut lieu, et les ligatures furent éloignées de l'œil. La plaie qui en résulta était linéaire, et l'œil se remuait dans toutes les directions avec une grande facilité. Les fomentations d'eau froide furent continuées encore, pendant quelques jours, et peu après, l'œil fut entièrement guéri. — On ne voit aujourd'hui qu'une légère cicatrice linéaire et une légère tache sur la cornée, à l'endroit où était placé auparavant le sommet du ptérygion. Il est à espérer que cette tache disparaîtra avec le temps. »

12 *Excroissance de la sclérotique.* — L'observation que nous reproduisons de tumeur congénitale de la sclérotique a été consignée par M. Szokalski dans le *Journal für Chirugie und Augenheilkunde*, de MM. de Walther et d'Ammon, (n° 2).

Obs. — « Elisabeth Guise, âgée de 18 ans, brune, bien constituée et jouissant d'une parfaite santé, est venue me consulter le 2 septembre 1841, pour une tumeur volumineuse qu'elle portait dans l'œil droit et qui donnait à sa figure, d'ailleurs assez bien formée, un aspect très-désagréable. — Cette tumeur, de la grosseur d'un grain de haricot et de couleur rouge-cerise, siégeait dans la partie inférieure de l'angle externe de l'œil. Elle commençait brusquement à peu près à une ligne et demie du grand pli conjonctival et s'élevait à une hauteur assez considérable au-dessus du niveau de le sclérotique et s'étendait jusqu'à la cornée, s'avançant même sur cette dernière à peu près d'une ligne et demie au delà de sa jonction avec la sclérotique. — Elle était longue de 5 lignes, large de 4, et haute de plus de deux, et paraissait formée d'un tissu tellement peu résistant, que je l'ai prise, au premier

aspect, pour la conjonctive scléroticale hypertrophiée, recouvrant par son repli une portion de la cornée; mais un examen plus scrupuleux me fit bientôt voir que la conjonctive cornéale prenait aussi part à la dégénérescence.— En touchant la tumeur avec un stylet, ou avec le doigt, à travers la paupière, on reconnaissait qu'elle n'était molle qu'à sa surface et qu'elle contenait au fond un corps résistant et adhérant à la sclérotique. — La partie de la cornée qui était exempte de dégénérescence ne présentait aucune anomalie.—La chambre antérieure offrait les dimensions ordinaires; l'iris ressemblait entièrement à son congénère et il n'existait aucun changement dans ses fonctions.—La pupille était entièrement ronde et son plan normal. —La vue de près et de loin était parfaite. — La mère de la malade nous assura avoir remarqué la tumeur immédiatement après la naissance de son enfant, mais elle n'était pas plus grosse qu'une tête d'épingle.—Elle conserva ce volume pendant assez longtemps; mais plus tard, elle augmenta au point qu'on a jugé à propos de consulter M. Roux à ce sujet. Cet habile chirurgien retrancha une partie de la tumeur.—Mais ce qui en était resté s'était accru pendant 15 ans, au point où nous l'avons trouvé. — La crainte d'une augmentation encore plus considérable, le frottement que la tumeur exerçait contre les paupières, la gêne dans les mouvements de l'œil, et surtout le désir de se débarrasser d'un mal qui la défigurait; tels étaient les motifs qui portaient la malade à réclamer mes soins.—On conçoit facilement que la guérison radicale de la tumeur n'était guère possible; mais restait toujours l'espoir de l'aplatir, de rendre plus libre le jeu du globe de l'œil et des paupières, et, plus tard, d'empêcher, autant que possible, sa reproduction. Pour obtenir ce résultat il n'y avait que l'emploi des caustiques et de l'instrument tranchant;

je me suis proposé de me servir, selon les circonstances, des uns et des autres. — Dans ce but, ayant placé la malade sur un petit tabouret, j'ai fait fixer sa tête comme pour l'opération de la cataracte, et j'ai écarté les paupières au moyen du dilatateur de M. Kelley-Snowden. Je saisis ensuite la tumeur avec une forte airigne; elle blanchit sous la pression de l'instrument; elle présentait une résistance élastique tellement considérable, qu'il me fut impossible d'enlever autre chose que la conjonctive boursoufflée et épaissie qui recouvrait sa surface. Après la séparation de cette membrane, j'aperçus, mise à nu, une tumeur fibreuse d'un éclat luisant, naissant de la sclérotique; on distinguait facilement les fibres de cette membrane; à son pourtour elles se perdaient dans l'excroissance. — J'ai saisi de nouveau la tumeur avec les pinces et par quelques efforts j'en enlevai une portion; la coupe ressemblait à celle d'une verrue fraîchement tronquée. — Elle était blanche, parsemée de vaisseaux coupés, qui saignaient assez abondamment; j'ai retranché encore une couche, avec les mêmes difficultés; mais, cette fois, l'hémorrhagie devint si forte qu'elle me masqua entièrement la tumeur; cette circonstance me força d'interrompre l'opération, de crainte qu'en agissant à tâtons, il ne m'arrivât d'ouvrir la coque oculaire. — Le sang coula plus de cinq heures malgré les fomentations continues d'eau froide. — Le lendemain, la tumeur se montra entourée d'un bourrelet de la conjonctive rouge et épaissie; elle présentait à la sonde une résistance considérable, ce qui prouvait qu'elle était encore très-épaisse. — Je me proposais de revenir à l'opération, mais la malade ne voulant plus s'y soumettre, force me fut de recourir à l'emploi des caustiques. — Dans ce but, les paupières furent écartées de nouveau, avec l'instrument de Kelley-Snowden, et la tête convenablement fixée

j'ai cautérisé la tumeur avec le nitrate d'argent.— Quelques instantsaprès, j'ai abstergé la surface cautérisée avec un pinçeau trempé dans de l'eau et je l'enduisis ensuite avec une couche d'huile d'amandes douces pour empêcher son contact immédiat avec la muqueuse des paupières.— On a souvent occasion de remarquer combien la cautérisation du globe oculaire est incertaine, difficile, et quelquefois même dangereuse, surtout lorsqu'on est obligé de faire fortement agir le caustique sur l'œil, et de revenir souvent à son emploi. — Aussitôt qu'il est mis en contact avec l'endroit qu'on veut cauteriser, les paupières se ferment spasmodiquement, et souvent, ni l'adresse ni la force de l'aide ne peuvent suffire pour maîtriser ce mouvement involontaire du malade. La partie cautérisée du globe touche alors à la muqueuse des paupières et y occasionne une douleur insupportable.—Les larmes sont abondamment sécrétées, et ne pouvant pas s'échapper par la fente palpébrale, à cause du spasme des paupières, elles augmentent d'autant plus ces douleurs qu'elles contiennent en dissolution le caustique qu'on vient d'employer. —J'ai observé souvent des *chémosis* et des photophobies violentes à la suite de cautérisations mal faites des ulcères de la cornée, et je crois qu'il n'y a pas de meilleur moyen pour empêcher ces suites fâcheuses que d'entretenir les paupières ouvertes après la cautérisation, autant qu'il est nécessaire pour nettoyer la surface cautérisée. --L'instrument de Kelley-Snowden m'a rendu à cet égard d'excellents services, et je recommande son emploi à l'attention de mes confrères. C'est à l'aide de cet instrument que j'ai cautérisé la tumeur de la jeune Elisabeth, pendant 15 jours consécutifs, sans être surpris par l'inflammation.— Les premières fois, la douleur était presque nulle; mais, plus tard, la tumeur devint si sensible au contact du nitrate d'argent qu'il me fallut renoncer à

son emploi et recourir de nouveau à l'instrument tranchant; mais ce dernier ne fut pas mieux supporté, et j'ai été forcé de m'arrêter dans mon traitement. — Quinze jours plus tard, je présentai ma malade à M. le professeur Jaeger, de Vienne, qui a bien voulu m'honorer de sa visite pendant son séjour à Paris.—La tumeur était diminuée au moins d'une ligne et demie en hauteur, et elle était recouverte de nouveau par la conjonctive, qui ne présentait aucune anomalie, ni dans son aspect, ni dans ses fonctions; je me suis convaincu, à cette occasion, d'avoir obtenu le résultat que je m'étais proposé d'atteindre par mes tentatives opératoires. La dégénérescence carcinomateuse que M. d'Ammon a vu quelquefois survenir à la suite d'une pareille hardiesse, n'était nullement à craindre dans le cas soumis à mon observation. »

M. d'Ammon rapporte, à la suite de cette observation, un cas analogue qu'il a observé depuis la publication de son grand ouvrage *Klinische Darstellungen*, etc. Il existait ici une complication de colobôme congénital de la paupière supérieure. Un garçon, âgé de 6 ans, portait au milieu de l'œil gauche deux tumeurs lisses, rouges comme la muqueuse buccale. Une de ces tumeurs siégeait au-dessus et l'autre au-dessous de la cornée. — Leur sommet dépassait de quelques lignes la jonction de cette membrane avec la sclérotique, et leur base s'étendait jusqu'à l'endroit où la conjonctive palpébrale passe au globe oculaire.

Ces tumeurs étaient recouvertes par la conjonctive et elles étaient fortement adhérentes aux membranes sous-jacentes. Ainsi que nous l'avons dit ci-dessus (p. 26-27), la paupière supérieure était fendue jusqu'au bord orbitaire, de telle manière que la fente palpébrale formait un triangle bordé de cils.

Pour ce qui est de la dégénérescence cancéreuse, dont parle M. Szokalski, et qui serait le résultat de la cautérisation des tumeurs scléroticales, M. d'Ammon dit ne l'avoir observée que dans des tumeurs acquises, mais jamais dans les cas de tumeurs congénitales.

13. *Ulcérations de la cornée.* — M. Desmarres (*Gaz. des Hôpit.*, 20 août) a publié la note suivante sur l'emploi de la belladone, en fomentations glacées et en instillations, dans les perforations imminentes ou accomplies de la cornée, et dans les hernies de l'iris qui accompagnent ces dernières :

« Tout le monde connaît l'effet de la belladone sur l'iris, et chacun sait qu'on l'emploie pour dilater la pupille avant de pratiquer les opérations de cataracte par abaissement. Mais si, dans ce cas, l'utilité de la belladone est réelle, elle le devient encore bien davantage, lorsqu'à la suite d'une ophthalmie, des ulcérations menacent de détruire la cornée dans une étendue plus ou moins grande. Ces ulcérations perforantes doivent, sous le point de vue de l'emploi de la belladone, être divisées en deux groupes principaux :

« 1° Ulcérations du centre de la cornée ;

« 2° Ulcérations de la circonférence de cette membrane.

« Il suit de là que les procidences iridiennes qui suivent ces ulcérations devront être divisées, de la même manière, en

« 3° Procidences iridiennes du centre de la cornée ;

« 4° » » de la circonférence.

« Nous allons passer en revue chacune de ces diverses affections de l'œil.

« A. *Ulcérations du centre de la cornée, avec*

*menace de procidence de l'iris.* — Nous nommons ainsi les ulcérations qui succèdent d'ordinaire à l'ophthalmie scrofuleuse ou qui frappent la cornée dès le début de cette affection. On n'ignore pas que ces ulcérations choisissent malheureusement le centre de cette membrane et se présentent, tantôt sous la forme de cupules rondes, transparentes, d'un diamètre assez petit ; tantôt, au contraire, sous celle de petites excavations plus ou moins ovalaires, d'autant plus larges qu'on se rapproche davantage de la surface externe de la cornée, de sorte que leur fond ne présente quelquefois qu'à grand peine une place suffisante pour loger l'extrémité d'un stylet fin. Ces dernières, qu'on ne voit guère que chez les individus scrofuleux, marchent avec une grande rapidité, et le plus souvent telle, que du jour au lendemain, la cornée est perforée, l'iris hernié et la pupille détruite.

« On recommande bien, pour les enrayer dans leur marche, ou des applications de nitrate d'argent, ou un traitement antiphlogistique très-énergique, en même temps qu'on conseille des instillations de quelques gouttes de belladone dans l'œil pour dilater la pupille. Mais si l'on réfléchit sur ce fait, que ces ulcérations s'accompagnent d'une vive hypérémie oculaire, que l'iris est fortement injecté et que la pupille est presque immobile, on devra comprendre que ces instillations de belladone, abandonnées à des mains sans expérience, c'est-à-dire au hasard, devront être d'un effet nul, et que l'œil sera gravement compromis si la perforation de la cornée survient. On conçoit que, lorsque l'œil est dans des conditions normales, l'iris puisse être facilement narcotisé par une instillation de belladone répétée de temps en temps et même à d'assez longs

intervalles ; mais lorsque l'une des membranes, la cornée surtout, est enflammée, il n'en est plus ainsi, parce que la vitalité de l'iris est singulièrement augmentée. C'est pour vaincre cet excès anormal de vitalité que nous avons coutume d'employer la belladone sous une forme particulière, et que nous aidons son action par celle de la glace appliquée sur l'œil en permanence pendant tout le temps que la pupille reste contractée. Nous avons coutume, dans les cas de perforation imminente de la cornée, de recommander les précautions suivantes, qui peuvent s'appliquer également à d'autres cas particuliers sur lesquels nous reviendrons :

« Faire coucher le malade sur le dos, la tête basse, autant que possible dans l'immobilité ; appliquer sur l'œil malade des compresses légères, trempées dans le liquide suivant, et avoir soin de les changer de cinq en cinq minutes, et de profiter de ce moment pour instiller une goutte du même liquide entre les paupières, avec la plus grande précaution de n'exercer aucune pression sur le globe :

| | | | |
|---|---|---|---|
| « Pr. | Eau distillée, | 1 | litre. |
| | Herbe de belladone, | 50 | grammes |
| | — de jusquiame, | 50 | id. |

« Faites infuser ; délayez.

« Extrait de belladone sans fécule 20 id.

« Filtrez ; puis entourez de glace.

« Ces précautions étant prises, si la perforation de la cornée survient, l'humeur aqueuse s'écoule au dehors ; mais l'iris, retiré vers le corps ciliaire, ne suit pas le mouvement d'expulsion imprimé par les contractions musculaires ; la cornée s'affaisse pour quelques instants, et il en résulte pour l'ensemble du globe une détente salutaire. Les lèvres de l'ulcération se rapprochent, la lymphe plastique

dont elles sont chargées commence à s'organiser sur la surface externe de la membrane de l'humeur aqueuse qui a glissé au-devant de l'ouverture de la cornée, immédiatement après la sortie des liquides. C'est ainsi que cette membrane vient servir de base à la cicatrice qui se forme bientôt.

« B. *Ulcérations de la circonférence de la cornée, avec menace de procidence de l'iris.* — A la suite des ophthalmies catarrhales purulentes, blennorrhagiques, etc., on voit survenir dans la cornée, vers son pourtour, des épanchements interlamellaires très-larges le plus souvent, et qui s'ulcèrent en dehors dans un grand nombre de cas. Souvent aussi l'ulcération fait des progrès d'avant en arrière et dévore peu à peu les lames profondes de la cornée, de telle sorte que, là aussi, on a à craindre la hernie iridienne.

« Doit-on dilater ou non la pupille? Telle est la question que doit d'abord se poser le praticien. Oui, si l'ulcère est si large qu'on doive redouter à la fois la procidence de toute la marge iridienne; non, dans tous les cas où l'ulcération, limitée sur la cornée à un millimètre environ du bord correspondant de la pupille, ne menace que la partie sous-jacente de l'iris. Dans le premier cas, si on parvient à dilater la pupille, il est évident qu'on sauvera toute la portion de cette ouverture située dans l'extrémité opposée à l'ulcération; tandis qu'au contraire, dans le second, la portion herniée de l'iris servira elle-même à oblitérer l'ouverture, sans risque aucun pour la vision.

« Tout récemment, dans un cas analogue de large ulcération de toute la moitié inférieure de la cornée, à la suite d'une ophthalmie blennorrhagique, chez un jeune homme de dix-neuf ans, j'ai pu sau-

ver l'iris d'une hernie inévitable ; mais j'ai été forcé, pour obtenir ce résultat, de maintenir la pupille dilatée pendant tout un mois ; l'ulcération était si large, que trois fois, pendant cet espace de temps, l'humeur aqueuse s'est écoulée au dehors par suite de la rupture d'un large kératocèle, et que trois fois l'iris a été préservé par la précaution que j'avais prise.

« C. *Procidence récente de l'iris dans le centre de la cornée.* — Il arrive très-fréquemment qu'à la suite d'une ulcération perforante de la cornée, une procidence de la marge de l'iris, partielle ou générale, vienne tout à coup compromettre une partie de la vision ou la détruire en entier.

« Nous avons vu, dans le paragraphe précédent, qu'on peut, quand on est appelé assez à temps, prévenir un aussi funeste état de choses ; mais lorsque la hernie s'est produite, faut-il désespérer de la réduire ? Il n'en est rien ; car l'observation, au contraire, m'a démontré qu'on pouvait, dans beaucoup de cas, espérer non-seulement la réduction d'une partie de l'iris, mais encore le rétablissement complet de la pupille, sans aucun dommage ultérieur pour la vision.

« Il suffit, pour cela, d'avoir recours assez à temps, c'est-à-dire avant que l'iris ne soit gangrené par suite de la compression, à l'emploi du moyen que nous avons indiqué plus haut, et surtout d'insister longtemps, deux ou trois jours s'il le faut, sur son usage.

« L'explication de ce qui se passe est alors facile: le froid, appliqué sur l'œil, répercute le sang des capillaires dans l'ensemble de l'organe, et s'oppose à la gangrène de la partie herniée en empêchant son gonflement inflammatoire, tandis que, d'un

autre côté, la belladone, instillée dans l'œil, en même temps qu'elle diminue l'hypérémie iridienne, tend incessamment, par son action particulière sur l'iris, à le dégager de la voie étroite que lui a offerte l'ulcération pendant l'écoulement de l'humeur aqueuse. C'est ainsi que j'ai pu rétablir complétement la pupille d'une jeune enfant qui s'est présentée à ma clinique, le 9 juin dernier, atteinte d'une kératite lymphatique avec large épanchement et hypopion, qui s'élevait jusqu'à la hauteur du milieu du diamètre vertical de la chambre antérieure; je prescrivis, indépendamment d'un traitement antiphlogistique énergique, l'emploi de la belladone; mais les parents ayant mal compris mes instructions, une procidence partielle eut lieu, par suite de la rupture des lamelles antérieures de la cornée et de l'évacuation de l'humeur aqueuse. Je prescrivis alors l'emploi de la belladone, en instillations et en fomentations glacées, pendant trois jours entiers, après quoi je fus assez heureux pour constater, avec les médecins qui suivent ma clinique, le rétablissement complet de la pupille, qui a repris aujourd'hui toute sa mobilité normale. Je pourrais encore donner pour exemple une jeune fille de Passy, qui m'a été envoyée avec une procidence de l'iris telle, que les cinq sixièmes internes de la pupille avaient disparu et que la vision était nulle. La belladone, aidée du froid, est parvenue à réduire en grande partie la hernie, et une petite portion de l'iris, seulement, est restée adhérente à la cornée. La vision, dans ce cas, est encore parfaite.

« Il est presque inutile de dire que, dans les cas de procidence ancienne de l'iris, le moyen dont nous nous servons ne pourrait être suivi d'aucun résultat avantageux, parce que, d'une part, la por-

tion herniée tombe en gangrène, et que, d'un autre côté, des adhérences se sont établies entre elle et la cornée. Nous pourrions ajouter que, dans les cas de procidence récente ou ancienne, toutes les tentatives que nous avons faites pour refouler l'iris avec des stylets, ou d'autres instruments analogues, ont été nulles, et que l'inflammation de l'œil, malgré les ménagements que nous y avions mis, a semblé toujours en devenir plus grande.

« Pour compléter, autant que faire se peut, ce que nous avons à dire sur l'emploi de la belladone dans les cas, soit d'ulcération menaçant de devenir perforante, soit de hernie de l'iris récente, il nous suffira d'ajouter que, lorsque la pupille est dilatée, ou l'iris réduit par suite des fomentations et des instillations de belladone, les premières deviennent inutiles, et qu'une goutte de mélange instillé entre les paupières, huit ou dix fois par jour, maintient le diaphragme de l'œil sous l'influence du narcotisme nécessaire jusqu'à la cicatrisation complète de l'ulcération.

« D. *Procidence récente de l'iris dans la circonférence de la cornée.* — Lorsque l'ulcération de la circonférence de la cornée est très-large, elle rentre entièrement dans les ulcérations du centre, en ce qui touche l'emploi de la belladone, parce que toute la marge pupillaire peut traverser la perforation. Il est donc du plus haut intérêt de tenter la réduction dans ce cas, comme nous l'avons fait plusieurs fois, par le moyen que nous avons indiqué plus haut.

« Mais, lorsque l'ulcération de la circonférence est placée de telle sorte qu'on n'a à craindre que la procidence d'une portion très-limitée de l'iris vers ses attaches ciliaires, il faut bien se garder de

dilater la pupille; car, en agissant ainsi, on courrait au-devant du danger à éviter, je veux dire qu'on porterait dans l'ulcération même une partie de la marge pupillaire. Dans ces cas, il faut donc se borner à un traitement antiphlogistique, et mettre de côté les instillations de belladone. Cependant, lorsque la procidence est accomplie, si l'on voit qu'une portion de l'iris, de plus en plus grande, s'engage dans l'ulcération, et menace la pupille, on doit s'empresser de dilater celle-ci, et d'exercer une compression méthodique sur la tumeur. Nous remplissons cette dernière indication en appliquant une assez forte boulette de charpie sur la paupière supérieure fermée, et en plaçant une petite pièce de monnaie sur la portion de charpie qui recouvre la partie la plus saillante de la tumeur. L'appareil est maintenu par un bandage convenable et lavé matin et soir pour faire en quantité suffisante les instillations de belladone nécessaires, instillations dont l'effet est encore aidé par l'application de la même substance en extrait, sur le bord libre des paupières. »

14. *Leucôme*. Nous devons à l'obligeance de M. le docteur J. P. Van Meerbeeck, rédacteur de la *Gazette médicale belge*, la traduction des observations qui suivent, publiées par M. Holscher, dans les *Hannoversche Annalen für die gesammte Heilkunde* (Neue Folge, 1 Jahrg. Seite 511).

Obs. I. *Dégénérescence leucômateuse considérable de la cornée, notablement améliorée par une incision dans la substance de cette membrane.* — Une dame de 22 ans, ayant été atteinte d'une ophthalmie des nouveau-nés, en avait conservé une atrophie de l'œil gauche; du côté droit, existait un leucôme qui ne laissait

la cornée transparente que dans une étendue de 3 lignes de largeur, à son bord supérieur et interne. L'iris était sain; la lumière était encore distinguée de l'obscurité. M. Holscher pratiqua l'opération de la pupille artificielle, moins dans l'espoir d'améliorer la vision, que pour satisfaire la malheureuse aveugle. Un couteau lancéolaire fut introduit par le bord externe de la cornée, à travers la partie leucômateuse. Une saignée d'une livre, pratiquée immédiatement après l'opération, n'empêcha pas une forte inflammation de se déclarer; on dut avoir recours aux émissions sanguines locales, aux compresses froides, à l'opium, au calomel. Le neuvième jour, l'inflammation avait disparu; on apercevait la pupille artificielle sous forme d'une raie étroite et obscure, au bord interne de la cornée; la faculté visuelle n'avait rien gagné et après quelques semaines on renvoya la patiente chez elle avec des paroles consolantes. Elle revint après deux mois et demi, et, à sa grande joie, M. Holscher trouva que non-seulement la pupille artificielle avait persisté, mais que la tache leucômateuse de la cornée était considérablement diminuée. Dans le point où la cornée avait été percée par l'instrument, et dans sa circonférence, à la largeur de une ligne et demie, la transparence était revenue. La patiente pouvait maintenant reconnaître des objets volumineux et se conduire elle-même dans des chemins inconnus.

Le résultat heureux, accidentellement obtenu dans ce cas, joint à la connaissance de l'activité extraordinaire des vaisseaux absorbants de la partie et aux données de l'expérience, que des anciens dépôts de lymphe plastique ont souvent été résorbés, et que les organes qui en étaient affectés ont récupéré leur état primitif, ces trois circonstances ont engagé M. Holscher à provoquer des *processus*

inflammatoires et résorbants, à l'aide d'incisions et de ponctions cornéales profondes, mais non pénétrantes, dans les cas de leucômes de la cornée anciens et inutilement traités par d'autres moyens. Dans quelques cas, ce procédé a produit une transparence tellement étendue de la circonférence cornéenne, que l'auteur a pu procéder avec avantage à l'opération de la pupille artificielle.

Obs. II. *Leucôme considérablement amélioré par des incisions cornéennes profondes.*—Un jeune homme de 14 ans était affecté de leucôme de l'œil gauche, suite de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. La perception de la lumière n'était pas entièrement abolie dans cet œil. L'œil droit offrait de la tendance au staphylôme. L'auteur pénétra quatre fois, dans l'intervalle de 8 jours, dans la cornée leucômateuse. Chaque incision fut faite dans un point différent et dans une direction oblique, à une profondeur telle qu'on pouvait le faire en conservant la certitude de ne pas faire une plaie pénétrante. Il se servit, pour ces incisions, d'un couteau à cataracte, et il eut soin d'agrandir chaque fois la plaie en imprimant un mouvement de bascule à la pointe du couteau en le retirant. Les trois premières incisions en produisirent aucune réaction; c'est pourquoi M. Holscher instilla dans l'œil, après la quatrième, quelques gouttes de teinture d'opium, et il répéta ensuite cette instillation trois fois par jour.

Il en résulta une inflammation de l'œil, qui était cherchée, mais qui fut telle qu'il crut devoir la combattre par une application de 8 sangsues et quelques doses de calomel. L'instillation de la teinture d'opium et en même temps l'administration journalière de 2 cuillerées d'huile de foie de morue, furent continuées pendant deux mois. Après cette époque, l'éclaircissement du leucôme avait

fait de tels progrès, que le patient pouvait distinguer des objets volumineux.

OBS. III. *Disparition complète d'un obscurcissement leucômateux situé vis-à-vis la pupille.*—Un homme de 40 ans était affecté d'un obscurcissement leucômateux épais et étendu, couvrant toute la pupille de l'œil droit, suite d'une ophthalmie gonorrhoïque. Le patient ne voyait, à l'aide de la dilatation artificielle de la pupille, qu'une lueur imparfaite. Après que M. Holscher eut combattu vainement cet état pendant toute une année, il provoqua, comme dans le cas précédent, une inflammation traumatique de l'œil, traita celle-ci par des évacuations sanguines locales, par le calomel, l'opium et les purgatifs salins, et instilla dans l'œil, après qu'elle eut cessé, du sulfate de zinc uni à la teinture d'opium. Cette instillation fut continuée pendant quelques mois, et une année et demie après l'opération il n'existait plus de trace de l'affection leucômateuse.

15. *Hyperkératose.* — Voici quelle a été la série des opérations qu'a pratiquées le docteur Walker (*Provincial medical and surgical Journal*) dans un cas de conicité de la cornée :

OBS.—Joshna Bentley, âgée de 47 ans, avait, à la suite d'ophthalmies répétées, une opacité au centre de la cornée qui avait en même temps pris la forme conique. L'œil gauche étant le plus malade fut celui qu'on choisit pour essayer le traitement. On commença par faire une pupille artificielle, en choisissant la méthode de l'iridectomie; mais la vue fut à peine améliorée. On se décida alors à pratiquer l'extraction du cristallin, en attaquant la cornée par son bord supérieur pour ne pas compromettre la pupille de nouvelle formation qui était située en bas. La lentille retirée était diaphane, quoique présentant une teinte légèrement jaunâtre. Quelque temps après

cette seconde opération, le chirurgien s'aperçut que la capsule restée en place était devenue opaque, et il introduisit une aiguille pour la morceler. Ce fut seulement alors que la vision parut avoir gagné; et après une quatrième opération, faite pour achever le broiement de la capsule, la malade retourna chez elle, y voyant aussi bien que jamais de cet œil, et distinguant les plus petits caractères à toutes les distances.

On croirait difficilement qu'après avoir subi avec un bonheur aussi inespéré tant d'opérations délicates, la malade ait consenti à laisser recommencer la même série de manœuvres sur l'autre œil. C'est cependant ce qu'elle fit; au bout d'un mois elle revint, demandant qu'on lui rendît également la vue du côté droit. Le chirurgien suivit la même marche que la première fois; mais le résultat fut bien différent; car, lorsqu'après avoir d'abord établi la pupille artificielle, il eut ensuite extrait le cristallin, une inflammation violente se déclara et amena en peu de temps la suppuration et l'atrophie du globe oculaire.

Nous avons reproduit dans le 2e fascicule du 2e volume supplémentaire des *Annales d'Oculistique*, un mémoire de la plus haute importance, publié par M. Sichel dans le *Bulletin général de thérapeutique;* nous n'avons pas cru pouvoir ne consacrer qu'une analyse au travail du savant oculiste parisien sur la conicité de la cornée. Nous avons placé, à la suite de ce mémoire, les réflexions critiques de M. Lhommeau, chef de clinique de M. Bérard : de cette façon, les lecteurs auront pu rapprocher et juger les deux manières de voir.

16. *Staphylôme.* — M. Lerche (*Vermischte Abh. von einer Gesellschaft pract. Aerzte*, St.-Pétersbourg 1842) a l'habitude, lorsqu'il veut produire l'af-

faissement de l'œil, dans le staphylôme, d'enlever avec les ciseaux un lambeau triangulaire de la cornée. Des applications d'eau froide, la cautérisation, la teinture d'opium sont employées par lui pour prévenir les accidents consécutifs et les récidives.

A propos d'un cas, dont a parlé M. Bouchacourt (*Ann. d'Oc.* VIII, p. 106), dans lequel M. Rosas a enlevé une portion de staphylôme, ce qui a donné naissance à une fausse membrane translucide, M. Gulz, assistant de la clinique ophthalmologique de Vienne, s'est livré à des considérations sur la korectomie comme moyen de rétablir la vue, dans la dégénérescence staphylômateuse de la cornée (*OEsterr. med. Wochenschrift*, n° 24). Nous nous bornons à mentionner ce travail purement spéculatif.

17. *Pupille artificielle.* — M. le docteur Hoering a traité dans les *Annales de la Société de médecine de Gand* (juin 1842) de l'opération de la pupille artificielle *selon les cas observés à la clinique de M. Jaeger, à Vienne.*

M. Jaeger n'opère jamais par iridotomie ; l'iridectomie et l'iridodyalise sont ses procédés habituels. Nous laisserons parler M. Hœring.

« L'importance et les avantages du décollement sont incontestables, mais on les apprécie surtout lorsqu'on voit cette méthode exécutée par une main habile... Il est certain que la lésion de l'œil exposé à cette opération est très-forte.... Mais la dépression du cristallin n'est pas une opération moins brutale, surtout lorsqu'elle est exécutée par une main peu exercée : personne, cependant, ne voudrait l'abandonner aujourd'hui et priver la chirurgie d'un de ses procédés les plus efficaces.... Dans tous les cas où

l'on est obligé de former une pupille artificielle près de la circonférence cornéale, M. Jaeger préfère le décollement à toute autre méthode. Il lui accorde aussi la préférence dans les accollements de l'iris à la capsule cristallinienne et partout où il présume la présence d'une cataracte ; en effet ce procédé lui permet plus aisément que tout autre de déprimer le cristallin sans exposer l'œil à une nouvelle lésion..... L'endroit qui correspond à l'angle interne est, selon lui, le plus convenable pour ce genre de pupille... Le malade... est assis sur un petit tabouret sans dossier placé obliquement vers la fenêtre;... sa tête, appuyée contre la poitrine d'un aide... qui appuie contre la nuque du malade, son bras droit dans l'opération de l'œil gauche, et son bras gauche dans celle de l'œil droit ; il pose la paume de l'autre main au-dessus de son front, fronce la peau au moyen de l'index et du médius, et ayant saisi la paupière il la fixe au bord supérieur de l'orbite..... l'opérateur se place sur une chaise, devant le malade, de manière à ce que la tête de celui-ci soit au niveau de la poitrine, il prend ensuite un couteau lancéolaire et il perce la cornée à quatre ou cinq millimètres de l'endroit où l'iris doit être séparé du ligament ciliaire... Lorsque la capacité de la chambre antérieure ne permet pas d'ouvrir assez largement la cornée, l'opérateur élargit la plaie en retirant l'instrument, et aussitôt après il s'empare d'un crochet qu'il tient comme une plume à écrire. Son pouce est étendu, l'index et le médius un peu courbés sur le manche de l'instrument ; son doigt annulaire touche à la paume de la main et son petit doigt étendu s'appuie sur la tempe du malade. La convexité du crochet est en haut, la pointe en bas, et lorsque l'opérateur le

pousse à travers la plaie cornéale, il appuie un peu sur un de ses bords pour les écarter l'un de l'autre. Au moment où la pointe de l'instrument a pénétré dans la chambre antérieure, il l'appuie à plat sur la surface postérieure de la cornée et il l'avance jusqu'à ce que sa courbure se soit cachée derrière le rebord sclérotical. Arrivé à ce point, il accroche l'iris à sa jonction avec le ligament ciliaire, il l'attire et aussitôt qu'il a remarqué que l'iris cède, il revient à la position qu'il a quittée, en plaçant de nouveau le crochet à plat contre la cornée....; le crochet s'arrête facilement dans la plaie de la cornée, et l'on est très-souvent obligé de lâcher prise pour le débarrasser... M. Jaeger appuie fortement l'instrument contre la cornée en le retirant; par ce procédé il écarte les bords de la plaie et il sort de l'œil sans aucune difficulté..... M. Jaeger laisse l'iris enclavé entre les bords de la plaie cornéale. »

Pour ce qui est des accidents consécutifs, on en observe quelquefois dans le service de M. Jaeger; mais ils sont tout aussi fréquents après l'excision. Le professeur de Vienne maintient les paupières fermées des deux côtés, même lorsqu'il n'a opéré qu'un seul œil. Nous avons vu dans le travail de M. Bouchacourt (*Annales d'Oculistique*, vol. VIII, liv. 4 et 5) quelle est la conduite de M. Jaeger, tant pour prévenir, que pour combattre l'inflammation. « Si les cas sont bien choisis, dit M. Hoering, si, avant l'opération, on se donne la peine de les réduire à leur plus simple expression, et que l'on n'opère qu'après l'extinction entière et complète du processus morbide qui a rendu une pupille artificielle nécessaire, on ne court presque jamais risque d'être surpris par une phlogose consécutive. Il me semble qu'on pourrait admettre en règle générale que le

danger résultant de l'inflammation après l'opération est en raison de l'intensité et de la durée de la maladie qui a détruit l'œil, et surtout en raison du temps écoulé depuis son extinction. J'ai observé que la pupille pratiquée à cause de leucômes centraux masquant les pupilles, réussissait presque constamment, tandis que celles qui se faisaient à la suite des oblitérations de la pupille, avaient une issue moins heureuse. J'explique cette différence par l'inégalité, quant à la force, la persistance et la durée du processus inflammatoire, existant dans la cornée et dans les organes intérieurs de l'œil. Il est certain qu'il est plus long et plus intense dans ces derniers ; il est donc nécessaire que l'opérateur attende plus longtemps avant de l'intervertir. La différence des résultats s'explique surtout parce qu'il faut, dans la majorité des cas, employer le décollement qui expose nécessairement l'œil à plus d'irritation que la méthode par excision. »

L'excision de l'iris doit être préferée, selon M. Jaeger, toutes les fois que les circonstances permettent de l'employer. Nous renvoyons pour la manière de faire du célèbre oculiste autrichien, à l'article cité de M. Bouchacourt (*loc. cit.*, p. 164 et 165).

L'histoire suivante, rapportée par M. Maunoir (*Journ. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, novembre, p. 282) est bien digne de fixer l'attention.

**Obs. — Anne Bousset, âgée de 38 ans, naquit clairvoyante (au moins elle prétend en avoir conservé un vague souvenir) ; mais sa vue, sans cause apparente, diminua graduellement, et à 7 ans, elle était aveugle. On n'essaya rien contre cette cécité, jusqu'au moment où elle atteignit sa 11e année ; alors un oculiste ambulant passa à Bois-d'Amont dans le Jura, non loin du village qu'habitait sa famille. Cet oculiste opéra les**

deux yeux par extraction. Une violente inflammation de ces deux organes fut la suite presque inévitable de cette malencontreuse opération. L'œil droit fut entièrement détruit, il n'en resta qu'un tubercule charnu, remplissant une petite partie de la cavité orbitaire; l'œil gauche fut moins maltraité, il ne recouvra pas la vue, mais il conserva sa forme et son volume. La pupille disparut complétement derrière une cicatrice large et irrégulière, blanche et opaque, qui occupait la plus grande partie de la cornée. Celle-ci avait conservé sa transparence dans sa partie supérieure, fort peu dans sa partie interne, et nullement dans son centre et à l'extérieur.

« D'après l'état de cet œil, M. Maunoir conçut tout de suite la possibilité de pratiquer une pupille artificielle. A l'exception du désordre produit par l'extraction, l'œil était en bon état; il conservait la faculté de distinguer la lumière d'avec les ténèbres.

« La malade fut couchée, presque horizontalement, sur un fauteuil dont le dossier était renversé; M. Maunoir se plaça derrière elle. Assis en avant, un aide tenait la paupière inférieure, M. Maunoir releva la paupière supérieure, et avec son bistouri ordinaire à cataracte, il fit, à la partie latérale et supérieure de la cornée, une incision demi-circulaire, ou plutôt représentant un petit arc de trois lignes environ, parallèle à la circonférence de cette membrane. Puis, introduisant par cette incision des ciseaux à pupille artificielle, il en fit pénétrer la lame pointue dans l'iris, tandis que la lame boutonnée restait entre cette membrane et la cornée. Alors il ferma les ciseaux, et il obtint de la sorte une incision linéaire d'une ligne de longueur au moins, à côté de laquelle il en fit une seconde par le même procédé. Cette seconde incision partait du point où avait commencé la première, formant avec elle un angle dont les deux branches

étaient distantes d'une ligne à leur extrémité, et dont le sommet était tourné vers la tempe. Cette double section de l'iris ne donna pas lieu à la moindre hémorrhagie. Il y eut, au premier moment, une dilatation faible et irrégulière, l'opérée put apercevoir les mouvements qu'on fit devant son œil avec différents objets, mais elle n'en reconnut aucun. Ces mouvements, la grande augmentation de lumière, le passage devant son œil de différents corps plus ou moins éclairés, la jetaient dans un état d'étonnement et d'extase. Son œil fut fermé et couvert d'une compresse fixée par une bande, jusqu'au huitième jour, que cet appareil fut enlevé. Il ne survint pas le plus petit accident; l'œil était guéri, et à la grande surprise de M. Maunoir, il avait acquis une grande pupille *parfaitement* circulaire. En lui faisant tourner le dos à la lumière, on montra différents objets à l'opérée; elle les voyait, mais ne pouvait dire ce qu'ils étaient; elle se trompait aussi sur leur distance, les croyant plus éloignés qu'ils ne l'étaient. Sans qu'on l'y invitât, elle mit la main devant son œil, crut la reconnaître, et en compta les doigts avec l'index de l'autre main.

« Anne Bousset repartit quelques jours après sa guérison. Déjà elle avait appris à reconnaître les gros objets, et même certains objets plus petits, comme ses aiguilles de bas. Environ six mois après l'opération, elle s'est représentée à M. Maunoir; elle avait fait de grands progrès dans l'art de voir; elle n'avait plus besoin de guide, elle se suffisait pour tout à elle-même. Elle avait pris des leçons de lecture, et épelait facilement, dans un in-8°, des caractères ordinaires, avec un verre convexe. »

M. Maunoir a fait suivre cette observation de la relation, que déjà il avait communiquée aux (*Annales d'Oculistique*, vol. V, p. 17 et 19, avril 1841),

de deux autres opérations bien remarquables de pupilles artificielles pratiquées selon son procédé, dans des cas de la nature de celui qui a fait employer à M. Stromeyer l'instrument dont il sera question ci-dessous.

Le professeur suisse termine en citant textuellement des remarques de M. Riberi, qui a pris sa conduite pour guide, et un nouveau fait tiré de sa pratique.

**Obs. Mlle M..., âgée de 60 et quelqes années, affligée de cécité depuis quelques années, présentait toutes les apparences des deux plus belles cataractes. L'œil gauche fut opéré le 3 octobre 1840. L'incision faite à la cornée était trop petite pour un cristallin plus dur et plus volumineux qu'il ne l'est ordinairement; dans les tentatives de pression, exécutées avec prudence et modération, lorsque déjà 1/3 du cristallin était hors de l'œil, l'humeur vitrée s'échappa en quantité suffisante pour faire renoncer à la pression. M. Maunoir se détermina sur-le-champ à introduire derrière le cristallin, une curette, à l'aide de laquelle il le fit sortir, sans qu'il s'écoulât davantage d'humeur vitrée. Immédiatement après la sortie, la cornée s'enfonça dans le globe, ne présentant plus qu'une membrane ridée, et formant un creux. M. Maunoir fit placer l'opérée dans une position horizontale, puis il remplit la cavité orbitaire extérieure d'eau distillée tiède, de manière qu'elle formait comme un petit étang sur l'œil et les paupières; alors, ouvrant celles-ci, et soulevant le lambeau flétri de la cornée, cette eau pénétra dans la cavité de l'œil et prit la place des humeurs qui en étaient sorties. A l'instant la cornée se souleva, les rides s'effacèrent, cette membrane reprit sa convexité naturelle, et Mlle M.... put voir les objets placés devant elle, mais sans distinguer la forme d'aucun. Une violente**

iritis survint, et ne se termina qu'après six longues semaines. En mars 1841, l'œil présentait l'état suivant : la cicatrice ou tache blanche obscurcit et occupe au-delà de la moitié inférieure de la cornée ; les 2/5 environ de sa moitié supérieure conservent une transparence parfaite. Derrière, on voit l'iris, dont les stries rayonnantes représentent un éventail ouvert, dont le sommet ou le manche, inférieurement placé, se perd dans la partie opaque de la cornée. Avec cet œil, M^elle^ M.... conserve la faculté de distinguer très-bien la lumière d'avec les ténèbres, circonstance qui rassurait sur la sensibilité de la rétine. C'est dans ce même mois de mars que M. Maunoir a opéré cet œil de la manière suivante : il fit à la partie externe de la cornée, autant sur la partie externe que sur la partie accidentellement opaque de la cornée, une incision courbe, parallèle à l'union avec la sclérotique, très-rapprochée de cette membrane, et ayant le quart ou tout au plus le tiers de l'incision nécessaire à l'extraction du cristallin, mais bien suffisante pour l'introduction des ciseaux ; puis M. Maunoir introduisit cet instrument sous la cornée, de manière à faire pénétrer sa lame pointue dans l'iris, et sa lame boutonnée entre l'iris et la cornée ; et les pressant dans une direction à peu près horizontale, il fit deux incisions à l'iris de manière à former un V renversé >. « Par le fait de la muscularité de l'iris, continue M. Maunoir, ces incisions se sont dilatées, le lambeau renversé entre les branches du V a disparu, et nous avons vu sur-le-champ une pupille *irrégulière*, d'un beau noir, et M^elle^ M.... a pu voir et compter ses doigts.

« L'opération avait été très-prompte et peu ou point douloureuse. Au bout de quatre jours la cicatrisation de la plaie de la cornée était parfaite ; et dès lors tout appareil est devenu inutile ; la vue s'est fortifiée graduel-

lement. Melle M.... peut lire et écrire avec cette pupille, qui a acquis la forme elliptique. M. Maunoir a opéré, depuis, l'œil gauche, par extraction, avec un succès complet. »

M. le professeur Stromeyer a donné dans l'*Allgemeine Zeitung für Chirurgie*, nº 22, la description d'un nouvel instrument qu'il a appelé *corectome* et qui est destiné à pratiquer l'opération de la pupille artificielle. M. Stromeyer considérait depuis longtemps comme un problème intéressant de chirurgie d'arriver par un procédé prompt et facile à l'excision d'un lambeau de l'iris sans léser l'œil considérablement, en amenant à peu près le résultat que l'on obtient lorsque l'humeur aqueuse s'écoule trop promptement après la section de la cornée dans l'opération de la cataracte. Il croit en avoir trouvé la solution, et le cas suivant lui donna l'idée d'un nouvel instrument. Une femme âgée de 54 ans et ayant les deux yeux cataractés, fut reçue dans sa clinique, à Münich. L'œil gauche présentait une adhérence qui paraissait presque complète du bord pupillaire avec la capsule ; l'œil droit paraissait atteint de cataracte capsulo-lenticulaire; l'iris ne présentait aucun changement de texture. Une instillation de belladone ayant été faite, la pupille de l'œil gauche (dont le diamètre transversal avait à peu près une ligne et demie et le diamètre vertical une ligne) n'en éprouva aucune modification ; l'effet qu'elle produisit sur l'œil droit ne parut pas très-marqué ; mais son diamètre qui était de 2 ½ lignes fut jugé assez grand pour livrer passage à un cristallin cataracté dont le volume et la consistance ne seraient pas trop considérables ; M. Stromeyer se décida en conséquence à pratiquer l'extraction de ce côté. Il fit la section de la cornée à la

partie supérieure et dans une étendue assez grande ; mais la sortie de la lentille n'eut pas lieu, bien qu'on exerçât une légère pression sur l'œil et que la malade fût placée dans un demi-jour. L'iris avait perdu une très-grande partie de sa mobilité, sans doute à la suite de l'inflammation qui avait amené une synéchie postérieure dans l'œil gauche. Ce ne fut qu'après une pression plus forte qu'on vit sortir la lentille qui était très-volumineuse et très-dure ; mais une partie du corps vitré s'échappa en même temps. Il survint une oblitération presque complète de la pupille, bien que les symptômes inflammatoires ne fussent pas trop prononcés et malgré un traitement antiphlogistique très-énergique. Cette opération avait donc complétement échoué ; la malade ne pouvait plus fonder d'espoir de recouvrer la vue que sur son œil gauche. M. Stromeyer pensa que la vue du côté opéré se fût rétablie, si, appréciant mieux la capacité expansive de la pupille, il eût récliné le cristallin au lieu de l'extraire. Cette idée le conduisit à mettre en usage une nouvelle méthode opératoire; il se servit, à cet effet, d'un instrument, qu'il nomme *corectome*, construit d'après le mécanisme du kératotome double de M. Jaeger, par M. Bopp, coutelier à Münich. Le but que se propose M. Stromeyer est d'ouvrir la chambre antérieure au moyen d'une aiguille-lance creusée d'un sillon par où est évacuée l'humeur aqueuse ; on produit ainsi le rapprochement de l'iris et de la cornée. Un couteau à cataracte, auquel l'aiguille sert de curseur, mise en jeu au moyen d'une virole, traverse en même temps l'iris et la cornée. La grandeur de la partie de l'iris que l'on enlève dépend de l'élévation de cette membrane au-dessus de la lance ; le lambeau enlevé reste fixé à l'instrument.

M. Stromeyer fit placer la malade sur une chaise, la paupière supérieure soulevée et maintenue par un aide. Il abaissa la paupière inférieure au moyen de la main gauche ; et il saisit, avec la droite, le corectome de manière que le pouce reposait sur la virole, tandisque l'indicateur longeait toute la face supérieure du manche et que le médius placé derrière dépassait légèrement la virole ; le tranchant du couteau dirigé en haut était tout-à-fait retiré. Il poussa alors la lance par la chambre antérieure de l'œil pour former à la cornée un lambeau supérieur au niveau du bord inférieur de la pupille ; l'incision devant se trouver près du bord de la cornée. Immédiatement après l'introduction de la lance, l'humeur aqueuse s'écoula complétement par la cannelure, et l'iris se mit en contact avec la cornée. Par une pression faite avec le pouce, il fit sortir le couteau à cataracte et termina de cette manière l'incision supérieure de la cornée et l'excision d'un lambeau semi-lunaire de l'iris. Le lambeau coupé adhérait fortement à l'instrument. L'hémorrhagie de l'iris ayant cessé, M. Stromeyer rouvrit l'œil, pour voir si la lentille s'avançait ; mais, comme elle n'avait pas changé de place, il fit avec une aiguille droite à cataracte, une incision perpendiculaire dans la capsule : le cristallin qui était très-gros sortit facilement, sans qu'il fût nécessaire d'exercer de la pression sur le globe de l'œil. Les yeux furent fermés au moyen d'emplâtres agglutinatifs. Traitement antiphlogistique.

Un mois plus tard, la vue était aussi bonne qu'après une extraction bien réussie ; la nouvelle pupille était presque complétement ronde.

M. Leroy d'Etiolles a adressé à l'Académie des sciences de Paris la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie un instrument destiné à pratiquer l'opération de la pupille artificielle plus régulièrement et plus sûrement, je crois, que l'on ne peut le faire avec les moyens actuellement mis en usage. Dans les procédés généralement usités, l'on fait une incision à la cornée; par cette ouverture on introduit de petites pinces qui vont saisir l'iris, en amènent au-dehors une portion que l'on resèque avec des ciseaux. Cette manœuvre a le double inconvénient de faire une pupille très-régulière (*irrégulière?*) et d'exposer à décoller le pourtour de cette membrane, d'où résulte un trouble dans la vision et parfois la perte totale de la vue. Jusqu'ici on n'était pas parvenu à faire à l'iris une ouverture régulière avec perte de substance (condition essentielle pour le succès de l'opération) en agissant dans la chambre antérieure. L'instrument que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie remplit ces deux conditions et j'apprends qu'il a été appliqué avec succès en Allemagne par plusieurs chirurgiens au nombre desquels on m'a cité M. Fellasich. (??)» (*Gaz. méd. de Paris*, p. 699, année 1842).

L'instrument de M. Leroy d'Etiolles est construit sur le modèle du *tonsillitome* de Fahnestock, représenté planche XII des *Nouveaux éléments de médecine opératoire* de M. Velpeau. La pique se trouve remplacée par un crochet, qui est destiné à soulever l'iris et à le placer entre les anneaux de la guillotine dont le jeu enlève le lambeau. L'iridectôme de M. Leroy a été habilement exécuté par M. Luër, fabricant d'instruments de chirurgie de Paris. C'est un instrument fort compliqué, excessivement difficile à manier.

Sur dix-sept opérations de pupille artificielle,

M. Lerche (*loc. citat.*) a employé quinze fois l'iridectomie et deux fois l'iridodyalise. Dans onze cas, il a obtenu un succès complet ; trois malades pouvaient discerner les gros objets; chez trois autres, il y a eu insuccès.

*Kératoplastie.*— Un mémoire adressé à l'Académie des sciences de Paris (séance du 12 déc. 1842), par M. Feldmann, est terminé par les conclusions suivantes :

1° Une cornée, entièrement détachée de l'œil d'un animal et rejointe au moyen de sutures sur le même œil, se ressoude en contractant des adhérences nouvelles.

2° Le même effet a lieu à l'égard d'une cornée détachée de l'œil d'un animal, en la transplantant sur le moignon d'un autre animal de même espèce.

3° Considérant les conditions anatomiques et physiologiques de la cornée, puis observant le travail, à l'aide duquel l'implantation et la transplantation s'établissent chez les animaux de même espèce ; jugeant enfin, d'après les succès, d'autres expérimentateurs, aux expériences de l'un desquels nous avons assisté, nous croyons pouvoir constater que la transplantation de la cornée est un fait définitif, même chez les animaux d'espèces différentes. L'insuccès de quelques-unes de nos expériences ne doit pas être attribué à la chose elle-même, mais bien à des circonstances accidentelles. Dans une expérience, le cristallin et le corps vitré étant restés entièrement dans le globe de l'œil, nous imputerons à la plénitude de l'œil d'avoir causé l'inflammation exorbitante, par conséqnent, l'insuccès, Dans une autre opération, l'œil s'était déjà rétréci avant l'opération dans toutes ses parties par la chute

du cristallin à travers l'ouverture cornéale, faite au moyen de l'acide sulfurique, avait une tendance à se rétrécir et se contracter encore plus après l'opération de la transplantation, de telle façon que la cornée transplantée retomba sans pouvoir contracter de nouvelles adhérences.

4° Quant à la transparence de la cornée transplantée, nous l'avons obtenue partiellement. D'autres auteurs, plus heureux, sont parvenus à la rétablir entièrement. Quoique ce résultat puisse être regardé comme définitif, nous n'oserions pas encore le constater comme tel, après ce que nous avons pu observer.

5° Nonobstant l'emploi de la kératoplastie, déjà faite sur l'homme par M. Wutzer, de Bonn, et malgré le grand nombre d'expériences entreprises, il faudrait les répéter encore pour pouvoir bien constater toutes les conditions favorables au succès.

6° Un des points principaux, c'est qu'il est nécessaire d'extraire le cristallin pendant l'opération, s'il n'est pas sorti spontanément; car le cristallin, restant dans l'œil, peut empêcher très-facilement la réunion organique en suraugmentant l'inflammation, ou, au cas où la réunion se serait effectuée, devenir cataracteux, et supprimer de nouveau la vue qui vient d'être recouvrée.

7° Pour la répétition des expériences, on ferait bien d'opérer suivant les diverses méthodes qui ont été inventées depuis que la kératoplastie a pris naissance, savoir : la méthode de Reisinger, celle de de Walther, celle de Dieffenbach, celle de Munck, etc.

8° Pour ce qui concerne les sutures, en général, on les appliquera au moyen des ligatures de fil ou de cheveu, et pour pouvoir bien fixer les points sur lesquels les sutures seront placées, on se servira ou

de pinces, ou, comme l'a fait M. Munck, d'un morceau de gomme élastique, comme point d'appui. Quant aux aiguilles, on peut se servir d'aiguilles très-fines et droites, ou d'aiguilles un peu recourbées, dont le trou est près de la pointe.

18. *Cataracte.—a). Nature et siége.* Les *Annales d'Oculistique* avaient mis au concours la question suivante : *Déterminer par des recherches d'anatomie pathologique la nature et le siége de la cataracte. S'attacher surtout à l'examen de l'opinion récemment émise par M. Malgaigne.* Trois mémoires ont été reçus. Le prix a été décerné *ex aequo*, à MM. Stricker, de Francfort, et Hoering, de Heilbronn, en Wurtemberg ; une mention honorable a été accordée à M. Duval, d'Argentan, département de l'Orne, en France.

Le mémoire de M. Hoering a été inséré dans nos *Annales* (volume VIII) ; celui de M. Duval sera incessamment livré à l'impression. Ces deux travaux paraîtront en allemand, avec celui de M. Stricker, dans l'ouvrage que publie M. Cunier sous le titre de : *Sammlung gekroenter ophthalmologische Preisschriften*, 8°, Bruxelles et Leipzig, Ch. Muquardt.

Le concours ouvert sur cette question paraît avoir assez vivement indisposé M. Malgaigne contre M. Cunier. Dans un article de la *Gazette des Hôpitaux* (15 novembre), il accuse son confrère belge « *d'avoir compté sur quarante cas, une vingtaine de cataractes capsulaires* » et d'avoir « *commis ainsi une vingtaine d'erreurs de diagnostic.* » M. Cunier a établi (*Annales d'Oculistique*, décembre) que jamais il n'avait publié que vingt fois sur quarante, il avait trouvé la capsule opaque, et il a pleinement justifié le diagnostic qu'il

avait porté dans les quelques cas où il a observé la cataracte capsulaire. Ces explications claires, précises, n'ont pas empêché M. Malgaigne de renouveler ses accusations dans un article, inséré, depuis, dans la *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1842, n° 7.

M. Sichel s'est livré à des recherches sur quelques espèces peu connues de la cataracte lenticulaire. Il a traité successivement de la cataracte lenticulaire déhiscente, observée sur le vivant; des caractères anatomiques de la déhiscence, observés surtout sur des cataractes artificielles; de l'explication de ce phénomène; du diagnostic différentiel de la cataracte lenticulaire déhiscente et de la cataracte capsulaire (*Ann. d'Oculistique*, décembre 1842). Il a ensuite établi les caractères anatomiques de la cataracte lenticuculaire corticale antérieure ou postérieure, et traité de la marche de ces deux variétés et de la cataracte corticale en général, ainsi que des différences pathogéniques entre les cataractes lenticulaires corticale et capsulaire. Le diagnostic des cataractes lenticulaire et déhiscente l'a encore occupé, et il en a fait ressortir toute l'importance par la pratique (*Ibid.*, VIII, n°s 4 et 5). La troisième partie de ce mémoire est impatiemment attendue; elle sera insérée dans la 6e liv. du 8e vol. des *Annales*.

M. Turner (*Edinburgh monthly Journal of medical Sciences*, avril 1842) décrit, sous le nom de *kyste de l'intérieur de l'œil*, un cas curieux de cataracte corticale ayant acquis un volume considérable. Voici comment s'exprime M. Turner :

Obs. — Le 7 novembre 1840, une femme âgée de 62 ans, me consulta pour une maladie de l'œil droit, qui datait depuis trois semaines. Il y a un an, cette femme avait éprouvé une inflammation assez forte de cet œil,

et elle l'avait combattue par les moyens ordinaires. Depuis cette époque, elle ne pouvait plus apercevoir les objets d'une petite dimension. L'on constate : douleurs vives dans l'œil malade et dans la tête ; elles deviennent plus intenses sous l'influence d'une vive lumière : cornée demi-opaque, injection de la conjonctive, et l'on aperçoit dans la chambre antérieure un corps blanchâtre qui paraît l'occuper tout entière ; langue blanchâtre, diminution de l'appétit, constipation, pouls à 70.

*Prescription*. Vésicatoires aux tempes, collyre, cathartiques à l'intérieur. Je prescris à mon tour huit sangsues derrière les oreilles, décoction de têtes de pavots, cataplasme de farine de graines de lin ; pendant la nuit, une pilule avec calomel, dix centigrammes, et opium, cinq centigrammes. Le lendemain, infusion de séné avec sulfate de magnésie.

Le 8. Les piqûres des sangsues ont saigné, les douleurs dans l'œil ont diminué, et l'état général est un peu plus satisfaisant. Outre les moyens employés, on administre quatre pilules bleues et une infusion de séné.

Le 10, l'épiphora et le gonflement de l'œil ont diminué ; cet organe est encore sensible à la lumière ; la langue est en bon état. Six sangsues au pourtour de l'œil, cataplasmes.

Le 13. Amélioration. Le gonflement des paupières et l'injection de la conjonctive sont moins prononcés. L'opacité de la cornée a diminué. On peut remarquer dans la chambre antérieure une espèce de sac demi-transparent, membraneux, et faisant saillie par l'ouverture de la pupille dans la chambre antérieure qu'il remplit presque en totalité. L'iris paraît étrangler cette poche, et lorsque cet anneau se contracte, le sac paraît se distendre. Une portion est d'une couleur blanc-bleuâtre, tandis

que la partie la plus inférieure est jaunâtre, plus dense, et paraît remplie par un liquide lactescent. L'iris est d'une couleur grisâtre. Je pensai que le corps étranger que nous observions était la cause de la maladie, je conseillai en conséquence l'extraction; la malade s'y refusant, je fis continuer les moyens palliatifs.

Le 21, cette femme revint et réclama l'opération; je me mis en devoir de la pratiquer de la manière suivante: Une aiguille de Scarpa fut introduite dans la chambre antérieure en pénétrant au-dessous du diamètre transversal au côté externe de la cornée, à une ligne environ de l'insertion de cette membrane à la sclérotique. La convexité de l'instrument était tournée vers l'iris, afin de ménager cette membrane, et je perçai le sac à son côté externe. La résistance fut assez grande, mais cependant, dès que j'eus réussi, j'exécutai des mouvements avec l'aiguille pour diviser les parois du sac. Quand celui-ci fut divisé, il s'affaissa, et le liquide qu'il contenait se répandit dans la chambre antérieure. Bien que j'eusse pris de grandes précautions, l'iris fut blessé. Pansement simple au moyen d'un bandeau, cataplasme, frictions belladonées et application de compresses imbibées de sulfate de zinc dissous. Au bout de huit jours, l'œil était dans un état plus satisfaisant, la cornée était redevenue transparente, l'iris se contractait et se dilatait très-bien; l'ouverture de la pupille, saine dans un point, était remplie en bas par un petit corps blanchâtre que nous pensâmes être formé par les parois du kyste rétractées.

M. Martin rend compte dans les termes suivants d'une formation subite de la cataracte observée par lui:

Obs. — Mary Grand, âgée de 35 ans, femme d'une constitution débilitée, avait passé plusieurs nuits auprès

de sa mère infirme, criant et se désolant, lorsqu'enfin, vaincue par la fatigue, elle s'endormit au coin du feu. Lorsqu'elle se réveilla, au bout de quatre à cinq heures, elle reconnut qu'il ne lui était plus possible de distinguer les objets; seulement, lorsqu'il fit grand jour, elle parvint à voir le contour du volet de la croisée. Lorsqu'elle appela M. Martin, trois ou quatre jours après, celui-ci reconnut avec surprise que les deux cristallins étaient demi-opaques et étoilés au centre, comme s'ils avaient été dissous par la macération. La malade se plaignait de céphalalgie frontale, de douleurs dans les mâchoires et les épaules, le pouls était à 80, la langue blanche, le ventre resserré. Un traitement composé d'amers, de pilules bleues et de vésicatoires aux tempes, dissipa ces symptômes : mais l'opacité des cristallins ne fit au contraire qu'augmenter; et aujourd'hui la malade ne peut plus distinguer les objets extérieurs, quoique la rétine soit parfaitement sensible à l'impression de la lumière.

On ne peut pas, ajoute M. Martin, dire que la vue était déjà altérée depuis quelque temps ; car, le matin même du jour où la cécité commença chez cette femme, je l'avais vue s'occuper des soins du ménage sans accuser aucun trouble dans la vision.

La *Gazette médicale de Paris*, qui reproduit ce récit d'après un journal anglais, le fait suivre de ces réflexions :

« On avait déjà vu la cataracte se développer en quelques jours et même en vingt quatre heures (*Voy.* M. Maunoir, *thèse*, 1833, pag. 27); mais une opacité aussi prononcée frappant les deux cristallins dans l'espace de quatre à cinq heures ! voilà assurément un des cas les plus surprenants à enregistrer dans les annales de l'ophthalmologie ; car les exemples d'opacification instantanée n'ont guère

été observés qu'à la suite de violences traumatiques. Remarquons cependant que beaucoup de circonstances pourraient être invoquées ici pour rendre raison de cette anomalie. La cataracte n'est très-souvent qu'un effet de l'exercice trop actif de l'organe de la vision. Or, si nous considérons la constitution affaiblie de notre malade, l'application de la vue sans discontinuité pendant plusieurs jours et plusieurs nuits, la congestion entretenue dans le système vasculaire de l'orbite, par l'action de pleurer, tout, jusqu'à l'exposition prolongée à la lumière d'un foyer, servira, sinon à expliquer le phénomène, du moins à le faire considérer comme un peu moins surprenant qu'il le paraît de prime-abord. Quoi qu'il en soit cependant, en raison des détails et des garanties dont M. Martin l'a entouré, c'est un des faits de ce genre les mieux constatés et les plus curieux que l'on connaisse. »

Il ne faut pas, selon nous, voir dans cette observation un cas de formation subite de la cataracte; M. Martin dit que les deux cristallins étaient *étoilés au centre*; il s'agit donc ici de cataractes dehiscentes, qui n'avaient apporté qu'une légère gêne dans l'exercice de la vision, et qui, tout à coup, sous l'influence d'une vive commotion morale, sont devenues complètes. Cette circonstance a été signalée par M. Sichel dans son *Mémoire sur quelques espèces peu connues de la cataracte lenticulaire*, publié dans les *Annales d'Oculistique*. Nous avons eu tout récemment occasion d'observer un cas analogue: la perte de la vision était survenue en vingt-quatre heures, du côté droit seulement, à la suite d'une émotion des plus tristes. Les deux yeux présentaient, depuis deux ans, une cataracte déhiscente très-avancée; et néanmoins, la malade pouvait lire,

(ce qu'elle fait encore de l'œil gauche), comme s'il n'avait existé aucune altération des cristallins.

*b.*) *Résorption spontanée*. Les trois faits ci-après de résorption spontanée de cataractes congénitales ont été consignés par M. Holscher, dans les *Hannoversche Annalen* (loc. cit.) ; nous en devons l'analyse à M. le docteur Van Meerbeéck.

Obs. I. — ***Résorption spontanée de deux cataractes congénitales***. La fille d'un homme excessivement myope, actuellement âgée de dix ans, vint au monde, affectée de cataracte aux deux yeux. Vers la fin de la deuxième année de sa vie, il se manifesta un commencement de résorption à la circonférence des deux cataractes, qui, jusqu'à cette époque, étaient restées complètes, à peu près au même degré de chaque côté. Cette résorption fit des progrès constants, et la cataracte avait disparu au bout de la quatrième année. Quoique, après cette résorption, l'enfant pût reconnaître tous les objets, elle fut tout aussi myope que son père. Cependant ce défaut a diminué beaucoup par l'exercice. Sous le rapport héréditaire, la jeune fille dont nous parlons ici, tient du père, de même que sa sœur, morte il y a 4 ans et qui était aussi cataractée, tandis que le second et le quatrième enfants du même mariage, sont nés avec des yeux sains, comme la mère.

Obs. II. — ***Résorption très-avancée de deux cataractes congénitales, survenue spontanément, et arrêtée par la mort. Autopsie***. La sœur de la jeune fille dont il est question dans l'observation précédente, vint aussi au monde avec deux cataractes, et ici, de même que chez la première, il se manifesta dans la seconde année de sa vie une résorption progressive. L'enfant mourut dans sa troisième année, à la suite d'hydrocéphale. L'autop-

sie démontra que la résorption dans les deux yeux était tellement avancée, qu'il ne restait plus que de faibles restes des lentilles et de leurs capsules, comme le fait voir clairement une planche jointe au mémoire.

Obs. III. — *Cas très-analogue au premier, de résorption très-avancée de deux cataractes congénitales.* On amena chez M. Holscher une jeune fille de 8 ans, affectée de deux cataractes, pour lui faire subir l'opération. Un examen attentif montra que la résorption était déjà très-avancée; la faculté visuelle de la patiente avait beaucoup gagné depuis deux années. On ne pratiqua donc pas l'opération. Pour le reste, cette enfant était beaucoup moins myope que les deux précédentes, ce que M. Holscher attribue en partie à son séjour à la campagne et à l'habitude de l'exercice sur des objets placés à une plus grande distance, en partie au manque total d'une myopie héréditaire, et en partie enfin, à la possibilité, que la cavité hyaloïdienne, dans laquelle repose le système cristallin, s'était comblée par une élévation progressive du corps vitré, à la suite de la résorption presque complète des deux cristallins. Cette dernière circonstance s'observe, dit M. Holscher, surtout chez les jeunes sujets, toutes les fois qu'arrive la disparition des cristallins, qu'elle soit accidentelle ou provoquée par l'art. Il en résulte clairement, suivant lui, qu'il n'est pas nécessaire de se servir de lunettes à cataractes, après chaque opération, et, qu'au moins, il convient de s'enquérir chaque fois si les opérés ne peuvent pas s'en passer tout à fait. Un postillon se servit de lunettes après avoir subi heureusement l'opération de la cataracte, mais voyant que les voyageurs ne voulaient pas se confier à un postillon en lunettes, il les mit de côté. Il en ressentit d'abord de la gêne, mais bientôt il s'y habitua, et sa vue s'exerça à merveille.

Nous reproduisons un autre fait de résorption du cristallin, à la suite d'une chute sur la tête ; il a été consigné par M. Le Calvé dans la *Gazette médicale de Montpellier* (11 juin 1842).

Obs. « M. D., riche propriétaire, habitant une campagne aux environs d'Aix, en Provence, a toujours joui d'une excellente santé. Il est âgé de 51 ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution.

« Dans les premiers jours du mois de janvier 1841, il revenait d'Aix, dans son cabriolet, lorsqu'arrivé à une lieue de sa campagne, son cheval, effrayé, ayant pris le mors aux dents, M. D.... s'élança de sa voiture et tomba sur la partie antérieure et droite de la tête. La chute qu'il fit fut si forte, qu'il resta quelques minutes sans connaissance et sans pouvoir se relever. Lorsqu'il revint à lui, il ressentit une douleur vive et lancinante à la partie droite du front, immédiatement au-dessus de l'orbite.

« En arrivant chez lui, M. D.... se mit au lit et fit appeler un médecin qui pratiqua une large saignée du bras, ordonna des sinapismes aux pieds, une potion calmante et des lotions résolutives sur la partie douloureuse de la tête qui était le siége d'une forte contusion. Le malade ne put dormir pendant toute la nuit, et, le lendemain, l'œil droit était très-enflammé, ne pouvant supporter la lumière, et la vue tout à fait nulle.

« On prescrivit l'application de 30 sangsues autour de l'orbite, et des lotions émollientes sur l'œil droit. L'inflammation de cet œil persista pendant plusieurs mois, malgré les moyens énergiques que l'on employa, tels que le vésicatoire, séton à la nuque, etc., et ce ne fut que dans le mois d'avril qu'elle céda entièrement ; mais la vue n'étant pas revenue, et celle de l'œil gauche s'affaiblissant aussi, M. D... se rendit à Marseille et réu-

nit en consultation les praticiens les plus distingués de cette ville. Ils crurent reconnaître une amaurose traumatique de l'œil droit et une amblyopie consécutive de l'œil gauche. En conséquence, ils prescrivirent quelques applications de sangsues et quelques purgatifs salins; plus tard des vésicatoires volants sur le front, un séton à la nuque, etc.,

« M. D.... fut soumis à ce traitement pendant deux mois, sans amélioration aucune pour l'œil droit, et la vue de l'œil gauche diminuait toujours. Le malade vint alors à Montpellier, où il consulta plusieurs des célébrités médicales et chirurgicales. Les avis furent partagés: les uns crurent à l'existence d'une amaurose; les autres crurent reconnaître une cataracte commençante, avec complication d'amaurose. Le premier avis l'emporta, et le malade fut de nouveau soumis à un traitement révulsif très-énergique dont il ne retira aucun bénéfice. Enfin, on finit par lui persuader qu'il avait une cataracte commençante; qu'il fallait attendre qu'elle fût complète et qu'à cette époque, on aurait recours à l'opération de la cataracte. M. D.... se disposait à partir pour retourner chez lui, lorsqu'on lui conseilla de venir me consulter. Voici ce que j'observai: les paupières sont dans l'état normal, les yeux sont proéminents et de couleur foncée; il n'existe aucune injection ni de la conjonctive, ni de la sclérotique; au toucher, l'œil droit me semble un peu moins dur et moins résistant que l'œil gauche: les deux pupilles sont mobiles: la droite est plus dilatée et un peu moins mobile que la gauche; le fond des yeux ne présente rien d'anormal, au premier aspect, à l'œil nu. Une bougie présentée en face des pupilles donne trois images pour l'œil gauche, et deux pour le droit, une antérieure droite, l'autre renversée et située plus profondément. Ayant ensuite examiné à la

loupe l'œil droit, je vis flotter dans la chambre postérieure quelque chose qui ressemblait beaucoup aux débris de la capsule antérieure : un examen plus attentif me confirma dans cette opinion. Me rappelant alors la chute que M. D.... fit quelques mois auparavant, je fus convaincu que la forte commotion qu'il en éprouva avait déterminé la rupture de la capsule antérieure ; que le cristallin s'était abaissé dans le fond de l'œil où il avait sans doute été résorbé. A l'instant, je fis une expérience qui confirma le diagnostic que je venais de porter.

« Ayant appliqué au-devant de l'œil droit une lentille bi-convexe, M. D.., qui ne pouvait distinguer qu'à peine de cet œil les plus gros objets, fut très-surpris de reconnaître tous les objets de petite dimension que je lui présentai. Il lut avec facilité les plus petits caractères. M. D... fut tellement enchanté qu'il voulut absolument garder la lunette qui lui avait rendu la vue d'une manière aussi inespérée qu'inattendue pour lui.

« Il restait à faire disparaître l'amblyopie de l'œil gauche, qui était congestive. Quelques applications de sangsues, des purgatifs, des boissons tempérantes et un régime hygiénique convenable, suffirent pour obtenir une guérison parfaite.

« M. D... quitta Montpellier, la vue de l'œil gauche parfaitement rétablie et voyant très-bien de l'œil droit avec une lentille bi-convexe. »

Ce fait est à ajouter à ceux de même nature rassemblés par M. Cunier dans son Mémoire sur le déplacement spontané du cristallin (*Annales d'Oculistique*, I, p. 141 et 289). Les erreurs de diagnostic sont alors très-fréquentes ; M. Cunier a insisté sur les moyens de les éviter.

*c.) Avantages et désavantages de l'opération de la cataracte faite quand un seul œil est affecté.*

— Cette analyse d'un mémoire de M. Brett, inséré dans la *Medico-chirurgical Review*, octobre 1841, est extraite de la *Gazette médicale de Paris*, 15 janvier 1842 :

« Ceci est une discussion purement théorique : mais la question qui en fait le sujet a été si souvent et si infructueusement controversée, qu'il ne sera pas inutile de reproduire ici les arguments que l'auteur a fait valoir pour et contre l'opération pratiquée dans ces circonstances.

« *Première considération contre l'opération :* Un seul œil pouvant suffire pour les besoins de la vie, pourquoi exposer le malade aux douleurs et aux dangers d'une opération ?

« *Réponse :* 1° Quand un œil est affecté de cataracte, l'autre œil deviendra presque nécessairement opaque, il faut donc rendre la lumière à celui qui est le plus malade avant que l'autre se prenne ; 2° plusieurs personnes ont un œil fort et un faible, et c'est ordinairement le premier qui est d'abord cataracté ; 3° le champ de la vision est beaucoup moins étendu avec un œil qu'avec deux.

« *Seconde considération :* Lorsque l'un des yeux n'a plus de cristallin, son pouvoir réfringent diffère de celui de l'autre et il en résulte souvent beaucoup de confusion dans la vue.

« *Réponse :* 1° Cette confusion ne s'observe pas toujours, ni même généralement après l'opération ; 2° en supposant que cet inconvénient arrivât plus souvent, les arguments compris dans la réponse ci-dessus trouveraient encore ici leur application ; 3° le retard inutile que cette temporisation imposerait au malade doit aussi entrer en ligne de compte, surtout si l'on considère que le délai, dans ces cas, peut se prolonger de quelques

mois à plusieurs années; 4° l'œil cataracté, qui dans le principe offrait toutes chances de succès pour l'opération peut devenir inopérable, soit par accident, soit par phlegmasie aiguë ou chronique, adhérence de l'iris, etc., soit par amaurose. L'humeur vitrée peut aussi à la longue être absorbée.

« *Troisième considération :* Jamais un œil opéré, même avec tout le succès possible, ne recouvrera une vue aussi parfaite que celle d'un œil sain.

« *Réponse :* L'emploi de lunettes appropriées diminuera cette imperfection. D'ailleurs, il ne s'agit point de décider jusqu'à quel point l'opération peut rétablir la vision; la question est de savoir si l'on veut que le malade voie ou qu'il devienne aveugle, puisqu'on sait qu'un œil trop longtemps privé de lumière finit par perdre la faculté visuelle.

« *Quatrième considération :* Quand il n'y a qu'un œil d'affecté, l'opération n'a pas un résultat aussi brillant et le malade en est rarement satisfait.

« *Réponse :* Cette dernière considération ne peut l'emporter sur tous les arguments qui plaident en faveur de l'opération.

« On pourrait encore trouver quelques raisons, qui, bien que n'ayant pas une application générale, ajouteraient un nouveau poids à celles qui précèdent. Ainsi, dans le cas où le malade serait myope, il verrait mieux après l'opération qu'avant. Beer, et d'autres ophthalmologistes avec lui, pensent qu'en rendant la vue à un œil cataracté, il est possible de prévenir dans l'autre le développement de la même affection. Mais, ajoute l'auteur, cette supposition, entièrement contraire à l'expérience générale, n'a encore été appuyée par aucun fait probant.

« Enfin le malade est quelquefois un jeune homme,

un militaire, etc. Cependant, dit encore M. Brett, ce serait là un des moindres motifs qui pourraient m'engager à opérer.

« L'auteur s'étant borné à un parallèle, sans tirer de conclusions, nous allons essayer d'établir celles qui nous semblent découler de ce rapprochement entre les motifs pour et contre l'opération faite quand un seul œil est affecté. La question n'est pas facile à vider, nous le savons, et ce n'est pas lorsque S. Cooper, MM. Jules Cloquet, A. Bérard, etc., ont hésité à se prononcer que nous pouvons avoir la prétention de dire le dernier mot sur un point aussi controversé. Voyons cependant s'il n'y aurait pas moyen de mettre d'accord les temporiseurs et les partisans de l'opération, en envisageant le sujet sous une face différente. Tout le monde convient que, parmi une foule de considérations insignifiantes (1), il en est deux de la plus haute portée, l'une contre, l'autre pour l'opération : 1° si vous agissez sur l'œil malade, l'œil sain sera exposé à une inflammation plus ou moins grave, due à une sorte de sympathie entre les deux organes, et pouvant amener la fonte de celui auquel on n'a pas touché : 2° mais, d'autre part, en abandonnant à lui-même un œil cataracté, vous avez à craindre qu'il ne soit tôt ou tard frappé d'amaurose. Ainsi, que vous opé-

---

(1) Que dire, par exemple, de ceux qui veulent qu'on attende pour opérer, que la cécité soit devenue complète, parce que, dans cet état, le malade *sentira mieux le bienfait de l'opération.* Nous comprenons toute la force que doit avoir un pareil argument aux yeux des chirurgiens qui tiennent, avant tout, *à la reconnaissance* de leurs clients ; mais, ce qui doit surpendre, c'est qu'on ait pu la présenter comme une source d'indications, dans quelques livres classiques.

riez ou que vous n'opériez pas, le résultat est le même: *vous compromettez un œil*. Ce sont là deux objections capitales, celles entre lesquelles la discussion doit se renfermer désormais pour tout homme éclairé et de bonne foi.

« Remarquons néanmoins immédiatement que si, dans l'un et l'autre cas, les accidents à craindre sont de même nature, les chances de les voir survenir sont loin d'être également nombreuses. L'inflammation, en effet, ne se communique que bien rarement de l'œil opéré à l'œil sain ; c'est là un fait exceptionnel, et dont on ne connaît que fort peu d'exemples. Puis, en supposant que cet accident arrive, n'est-il pas possible, n'est-il pas probable que la désorganisation de l'œil n'en sera point la suite? L'art ne possède-t-il donc pas de moyens propres à arrêter une inflammation dont on a ainsi pu suivre l'origine et entraver la marche dès son début? Mais que les conditions vont se montrer différentes, si nous calculons les chances fâcheuses qu'amène l'expectation! La diminution de sensibilité de la rétine n'est pas un phénomène exceptionnel ; c'est l'effet naturel et presque constant de toute cataracte arrivée à un certain degré d'ancienneté, et l'on sait assez qu'il n'est pas plus facile d'arrêter l'amaurose que de la faire disparaître une fois qu'elle est confirmée. Ainsi donc, et comme nous l'annoncions d'abord, qu'on opère ou qu'on attende, la conséquence possible est la même: *la perte de l'œil*. Mais la différence de résultat est au contraire immense, si, au lieu de songer aux éventualités, on vient à interroger les faits; car, tandis que l'opération expose une fois sur cent peut-être à un événement tout-à-fait fortuit, et dont il est possible en général d'atténuer la gravité, l'expectation portée à un certain degré l'amène, elle, presque nécessairement, et sans qu'on ait de moyen pour

le prévenir, non plus que pour en neutraliser les suites.

« La balance ainsi faite entre les deux partis, on pressent la conclusion vers laquelle nous inclinons. Opérez dans tous les cas, dirions-nous avec confiance, s'il fallait nous prononcer ici par oui ou par non, sans restriction ni réserves. Mais, heureusement, rien ne nous force à une décision absolue : la science n'a nul besoin de ces préceptes inflexibles ; la pratique les repousse, et le présent sujet même les comporterait moins que tout autre. Or, on va voir, comme, à ce point de vue, les explications qui précèdent facilitent la solution et permettent de concilier les doctrines les plus opposées. Le parti de l'opération a ses dangers, avons-nous dit ; on ne peut le nier, et le seul motif qui puisse porter à l'entreprendre est la crainte que l'œil ne devienne plus tard amaurotique. La conséquence est bien simple, et peut s'exprimer en deux mots : *N'opérez un œil qui est seul affecté de cataracte que lorsque vous aurez des raisons suffisantes pour penser qu'il court risque de devenir prochainement amaurotique.* Cette espèce de diagnostic ne sera pas difficile; en voici les principaux éléments. L'œil cataracté a-t-il encore sa pupille mobile ? vous pouvez attendre. Vous le pourriez encore dans le cas où tout semblerait annoncer que l'autre œil ne tardera pas à devenir opaque à son tour ; ce qui est surtout probable quand on a affaire à une cataracte sénile. Mais les mouvements de l'iris offrent-ils, au contraire, une certaine lenteur dans l'œil cataracté ? la sensation de la lumière est-elle plus faible que ne semble le comporter le degré d'opacité existant ? Si d'ailleurs la cataracte est déjà ancienne d'un côté, sans que l'autre œil commence à se prendre ; si surtout il s'agit d'une cataracte traumatique ou développée chez un jeune sujet, dans des conditions telles, en un mot, que la lésion n'a aucune

tendance à envahir les deux yeux, l'opération est de rigueur, si vous ne voulez, par un délai injustifiable, vous exposer à la voir, plus tard, rester insuffisante contre les complications auxquelles vous aurez laissé le temps de se développer.

« Cette règle, qui range dans la classe des cas à opérer de bonne heure les cataractes existant d'un seul côté sur les malades peu avancés en âge, satisfait ainsi chez eux à une double indication : celle de prévenir l'amaurose et celle de guérir la difformité. Si cette dernière considération ne doit, en général, avoir, aux yeux du chirurgien, qu'une importance secondaire, comme le dit avec raison M. Brett, on ne peut nier cependant qu'elle n'acquière beaucoup de force pour certains individus jeunes encore, et soumis à toutes les exigences de la vie sociale. »

L'indication d'opérer la cataracte, lorsqu'elle reste bornée à un seul œil, a fait le sujet d'un travail présenté par M. Henrotay à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, et imprimé par décision de cette compagnie dans le *Bulletin médical belge*, 1839, pag. 223. L'auteur, après avoir montré le peu de fondement des inconvénients que l'on a reprochés à l'opération, a cherché à en établir les avantages, qu'il a rangés sous les cinq chefs suivants :

1° On voit mieux avec deux yeux, même d'inégale force, qu'avec un seul.

2° On remédie à une difformité.

3° Le malade n'est pas exposé à devenir complétement aveugle, si l'œil demeuré sain se cataracte plus tard.

4° L'opération de la cataracte sur un œil n'est pas sans influence pour empêcher son développe-

ment dans l'autre œil, ou même pour guérir celui-ci, lorsque déjà il a commencé à se cataracter.

5° En retardant l'opération, on peut perdre le moment favorable d'opérer.

*d.*) *Abaissement.*—M. le docteur A. Cade a publié (*Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier*, juin, pag. 100) un long mémoire sur les résultats des opérations de cataracte qu'il a pratiquées. Ce travail contient des observations intéressantes. Nous signalerons plus particulièrement celle d'une double cataracte lenticulaire suivie, huit jours après l'abaissement, d'une cataracte pseudo-membraneuse secondaire, qui s'est dissipée sous l'influence d'un abondant ptyalisme mercuriel. M. Cade indique, comme corollaire de ses opérations, « que le meilleur moyen de prévenir la formation d'une cataracte capsulaire secondaire, c'est de ne faire cesser à l'aiguille ses mouvements destructeurs et dépresseurs, et de ne la retirer de la chambre postérieure que lorsqu'on aura obtenu dans la pupille cette diaphanéité parfaite, ce beau noir velouté, seuls indices de l'immersion complète de la capsule. »

Le fait suivant s'est présenté à la clinique de M. Lisfranc chez un vieillard qui, l'an dernier, avait été opéré de la cataracte par ce chirurgien :

« L'opération fut faite par abaissement ; mais le cristallin, bien que convenablement déplacé, ne fut point absorbé. Au bout de trois mois, il remonta, fut abaissé de nouveau, et enfin il s'est montré encore, il y a quelque temps, bien qu'altéré dans sa forme. On a attendu pendant quelques semaines pour s'assurer s'il ne finirait pas par disparaître en entier. Effectivement, on a bientôt reconnu que l'absorption

s'effectuait, mais très-lentement et d'une manière presque insensible ; alors, en examinant l'œil, on reconnut qu'il existait une amaurose : on la combattit par des applications de pommade ammoniacale de Gondret sur le sommet de la tête. M. Lisfranc constata, au bout de quelques jours, un fait bien remarquable, c'est que l'absorption du cristallin, qui était à peine sensible avant l'application de la pommade, s'opéra avec une promptitude extraordinaire, dès qu'on eut recours à ce moyen de révulsion. Il était donc bien raisonnable d'en attribuer la cause à la pommade de Gondret, d'autant plus qu'il est bien certain que des cataractes commençantes ont été arrêtées par ce moyen (!!). Or, si cette pommade agit sur le cristallin, quand il est encore en place, ne doit-on pas être porté à espérer que son action sera bien plus sensible encore lorsque le cristallin aura été abaissé » (*Journal de médecine et de chirurgie prat.*, n° 2).

*e.*) *Hyalonyxie.*— Ce procédé est donné comme nouveau par M. John Morgan (*Guy's Hopital Rep.*, octobre 1842), qui dit le tenir de son ami, M. Egeston, médecin de l'Institut ophthalmique de Calcutta. M. Morgan a pratiqué trente fois l'hyalonyxie ; toujours il a obtenu les meilleurs résultats.

*f.*) *Extraction.* — On ne possède sur les causes qui font échouer l'extraction et sur les moyens de les prévenir, qu'un seul ouvrage, le livre si justement estimé de M. Carron du Villards. Un des collaborateurs des *Annales d'Oculistique*, M. le professeur J.-P. Maunoir, de Genève, s'est occupé de recherches sur le même sujet; la publication du travail de M. Carron du Villards « l'a fait hésiter « un moment s'il mettrait au jour ses idées; mais « après y avoir mûrement réfléchi, il a cru de-

« voir les faire connaître par la raison qu'il y a une « grande divergence d'opinions entre le docteur « Carron et lui sur des points extrêmement impor- « tants. »

Nous avons donné dans le 2e fascicule de notre 2e volume supplémentaire, le mémoire de M. Maunoir. Nos lecteurs nous sauront gré de leur apprendre que ce travail a été envoyé à la Société de médecine de Bordeaux, qui a cru devoir lui décerner une récompense inusitée.

Voici la lettre qui a été adressée à M. Maunoir à cette occasion, au nom de la compagnie, par le secrétaire-général, M. le docteur Burguet. (*Journal de la Société de médecine de Bordeaux*, octobre) :

« Monsieur et illustre professeur,

« Après le mérite d'inventer une méthode opératoire, il n'en est pas, sans doute, de plus grand en chirurgie que de découvrir les causes du succès et des revers. C'est compléter l'œuvre du génie, et partager la reconnaissance que lui ont vouée la science et l'humanité. A cet égard, Monsieur, il vous en revient une part bien légitime pour vos nouvelles recherches sur l'opération de la cataracte *par extraction*. Vous n'avez pas seulement étudié les causes qui la font échouer, vous avez encore posé d'excellents préceptes pour la faire réussir. Comme le pilote habile, ce n'était pas assez pour vous de signaler l'écueil, vous avez voulu dire ce que l'étude et la réflexion vous ont appris pour savoir l'éviter.

« La Société de médecine a recueilli avec une religieuse confiance les enseignements de votre longue et laborieuse carrière. Elle place le mémoire que vous avez

soumis à son jugement au rang des livres les plus utiles que possède la chirurgie pratique; car il se recommande par des qualités qui manquent malheureusement trop souvent aux productions de notre époque; il réunit à une sage et savante observation, la maturité qui devance la sanction du temps et de l'expérience. Vous désiriez, Monsieur et vénérable confrère, l'approbation de la Société de médecine; elle vous la donne pleine et entière. Et si elle se rappelle le plaisir qu'elle eut autrefois de vous couronner dans un concours qu'elle avait ouvert sur le fongus hématode, elle n'est pas moins heureuse aujourd'hui, en vous décernant une médaille d'honneur, de vous témoigner la haute estime qu'elle professe pour tous les services que vous avez rendus à l'art de guérir. Le monde médical applaudira, elle en est certaine, à cette rémunération d'une vie consacrée aux efforts les plus honorables de l'esprit humain. »

M. le docteur Pétrequin, qui opère de préférence par kératotomie oblique, a fait ressortir (*Annales d'Oculistique*, février, mars et avril 1842) les avantages que l'on retire dans l'extraction, en fixant l'œil comme dans la strabotomie. M. Bonnet (*Ibid.*, mars) suit la même conduite.

Un nouveau procédé par l'extraction a été décrit par M. Van der Porten, dans sa dissertation inaugurale, défendue à Halle; nous en parlerons dans nos *Annales*, dès que cette brochure sera en notre possession.

*g.*) *Résumé statistique des observations de cataractes recueillies à la clinique de M. Roux, à l'Hôtel-Dieu de Paris, pendant l'année* 1841. — Nous reproduisons en entier le résumé publié par MM. Maunoury et Thore, dans la *Gazette médicale de Paris*, 1842, n° 53 :

S'il est dans le cadre de la nosographie chirurgicale une maladie à laquelle la statistique soit facilement applicable, c'est sans contredit la cataracte. Les symptômes ne sont pas très-nombreux, ni difficiles à constater; son diagnostic est en général peu embarrassant; malgré toutes les variétés qu'on a admises, la cataracte lenticulaire est celle qui se présente presque constamment à l'observation. Il est peu d'opérations même sur lesquelles il y ait moins de divergence d'opinions; tout se réduit à deux méthodes principales: l'abaissement et l'extraction presque toujours pratiqués suivant les mêmes procédés. Toutes ces considérations nous ont engagés à appliquer la méthode numérique à l'étude de la cataracte, et nous l'avons employée pour faire le dépouillement de 29 observations rédigées pendant l'année 1841 avec tous les détails possibles, et pour en tirer tous les renseignements capables de fixer plusieurs points mal connus de son histoire, rectifier quelques erreurs et constater d'une manière précise des circonstances vaguement indiquées ou incomplétement observées. Ces faits n'auraient eu par eux-mêmes qu'un intérêt fort secondaire, et isolés ils seraient sans grande valeur; mais réunis en faisceau et comparés sous toutes leurs faces, ils permettent d'arriver à d'importants résultats.

### § 1. — *Causes.*

Elles sont peu connues; nous avons plutôt à étudier des prédispositions que de véritables causes efficientes.

Sur 67 individus qui étaient affectés de cataracte, on en trouve :

| Age. | En 1841. | Age. | En 1840. |
|---|---|---|---|
| A 10 ans 1/2. . . . | 1 | De 15 à 20. . | 1 |
| De 21 à 30 ans. . . | 2 | . . . . . . . . . | 1 |
| 31 à 40. . . . . | 2 | . . . . . . . . . | 7 |
| 41 à 50. . . . . | 3 | . . . . . . . . . | 2 |
| 51 à 60. . . . . | 6 | . . . . . . . . . | 5 |
| 61 à 70. . . . . | 9 | . . . . . . . . . | 16 |
| 71 à 80. . . . . | 5 | . . . . . . . . . | 6 |
| 81 à 90. . . . . | 1 | . . . . . . . . . | 0 |
| Total. . . | 29 | Total. . . | 38 |

On voit que la cataracte, rare jusqu'à l'âge mûr, commence à devenir fréquente à partir de 50 ans jusqu'à 70. Est-ce à dire pour cela qu'elle soit plus commune à cette époque de la vie que dans un âge plus avancé ? Nullement. La population devenant à la période extrême de la vie très-peu considérable, il est tout naturel qu'à partir de 70 ans les cas diminuent, quoique en réalité le nombre soit proportionnellement peut-être plus grand qu'aux périodes qui précèdent.

Chez l'enfant, la cataracte est le plus ordinairement congénitale; celle que nous avons observée chez un sujet âgé de 10 ans et demi avait paru à l'âge de 8 ans, spontanément, et sans que la moindre cause l'ait produite; elle n'existait que d'un côté. Ce cas peu commun mérite d'être noté.

Chez deux individus, âgés l'un de 21 ans, l'autre de 23, la cataracte était membraneuse, et s'était montrée à la suite d'une violence exercée sur l'œil.

Ce n'est guère qu'à partir de 38 à 40 ans que la cataracte se développe spontanément et commence à devenir fréquente. Les exceptions à cette règle doivent être rares.

*Sexe.* Les deux sexes y sont également sujets, disent la plupart des auteurs. Cependant il est généralement admis qu'on l'observe plus souvent chez les hommes.

M. Fabini trouve que sur 500 cataractés il y a 268 hommes et 232 femmes; Dupuytren, sur 207, compte 135 hommes et 72 femmes. Sur 38 opérés dans le service de M. Roux, en 1840, on comptait un nombre égal d'hommes et de femmes. Cette année, sur 29, nous ne trouvons que 7 femmes.

Nous serions disposés à penser que la cataracte est plus fréquente chez le sexe masculin; mais s'il existe une différence, elle ne peut être aussi considérable que celle que nous venons d'indiquer, et qui s'explique parce que le nombre des lits destinés aux femmes est très-petit, tandis que le service des hommes est très-nombreux.

*Professions.* On est, malgré l'opinion de M. Maunoir, assez généralement d'accord pour admettre que l'action d'une vive lumière sur les yeux peut favoriser la formation de la cataracte, et que celle-ci se développe de préférence chez les individus qui sont soumis pendant longtemps à l'action de cette cause. Il en est de même des professions qui exigent un exercice exagéré de l'organe de la vue.

Sur 22 hommes, nous en voyons 3 qui se trouvent placés dans des conditions analogues, l'un étant maréchal-ferrant, l'autre émailleur, le 3e chauffeur; 5 étaient cultivateurs. Parmi les femmes, sur 7 il y a 5 femmes de la campagne exerçant la profession de vigneronne, tandis que deux autres s'occupaient de travaux qui fatiguent nécessairement la vue : l'une est couturière, l'autre ouvrière en dentelles.

Nous aurons à examiner plus tard si, parmi les traits de conformation ou d'organisation de l'œil,

la couleur de l'iris n'aurait pas quelque influence sur le résultat de l'opération. Nous avons voulu connaître si ces différences de couleur étaient une prédisposition à la cataracte. Sur 28 individus chez lesquels la couleur de l'iris a été notée, elle était fauve 10 fois, brune 10 fois, grise 8. La couleur brune, variant depuis le fauve le plus clair jusqu'au brun le plus foncé, est la plus commune chez les individus cataractés, comme aussi sans doute c'est chez tous les individus en général. Nous devons faire remarquer que les amaurotiques ont plus souvent aussi l'iris brun ou orangé; ce qui tient à la même cause.

L'influence de l'hérédité a été bien constatée, et l'on cite à ce sujet plus d'un fait intéressant. M. Roux a opéré trois frères appartenant à une famille anglaise, dont le père avait été aussi affecté de cataracte, et dont le quatrième enfant fut atteint plus tard. Malgré les informations que nous avons prises et les questions que nous avons adressées à tous nos malades sur ce sujet, les réponses ont toujours été négatives. Ce qui ne nous paraît point cependant détruire un fait qui repose sur des observations dues à Maître-Jan, Janin, Adams, Beer, Demours, Gibson, Cloquet, Maunoir.

Parmi les causes occasionnelles, il faut citer en première ligne les plaies et les contusions du globe de l'œil. Un homme, âgé de 70 ans, faisait jouer une mine, par l'explosion de laquelle il est grièvement blessé; il perd la vue immédiatement après. Au bout de trois mois, il peut assez voir de l'œil gauche pour se conduire; mais, plus tard, la vue s'affaiblit de ce côté, et une cataracte se forme. L'un des deux jeunes gens dont nous avons déjà parlé avait reçu un coup de flèche dans l'œil. Il y

avait une cicatrice très-bien marquée de la cornée et de la sclérotique ; un corps blanchâtre occupait presque tout le champ de la pupille ; l'iris est à peine mobile. Un autre individu est violemment poussé contre un arbre ; il se fait une plaie à petit lambeau à la partie inférieure et externe de la cornée : inflammation violente et formation d'une cataracte.

Une cause violente, quoiqu'elle n'attaque point directement l'œil, peut agir de la même manière quand elle atteint les parties voisines de la région frontale, etc. Un militaire est frappé dans un corps de garde sur le front et à la région temporale gauche par un pain très-lourd ; l'œil a été tout à fait ménagé. Deux ou trois jours après, la vue du côté gauche s'affaiblit et s'éteint. Dans ce cas, comme dans le premier, la cataracte était cristalline (ils ont été opérés par extraction) ; dans les deux autres, elle était membraneuse.

Il ne nous reste plus que quelques mots à dire sur des causes dont la valeur est fort douteuse. L'un de nos malades attribuait la production de sa cataracte à ce qu'étant en Portugal, et par une température très-élevée, il s'était lavé les yeux avec de l'eau très-froide ; un autre a remarqué que l'affaiblissement de la vue a été précédé de céphalalgie et d'étourdissements très-violents ; un troisième a eu de fréquentes attaques de rhumatisme.

A l'exception d'une femme, qui avait une blépharite, due à l'absence complète de cils, nous n'avons jamais constaté de maladies de l'appareil de la vision, et les questions adressées à ce sujet aux individus sur leurs antécédents sont venues à l'appui de notre observation.

## § II. — *Marche.*

La cataracte se développe-t-elle plus souvent d'un côté que de l'autre? Sur 17 individus, 6 fois on l'observait à droite et 11 fois à gauche. Si l'on retranche trois faits de cataracte traumatique, il restera 5 fois à droite et 9 fois à gauche. On serait donc porté à penser que la cataracte se développe de préférence de ce côté ; il n'en est point cependant tout à fait ainsi. Pour contrôler ce premier résultat, il était nécessaire de noter si l'autre œil avait été cataracté, ou opéré auparavant. Nous trouvons que l'œil gauche n'avait été opéré qu'une fois avant le droit, tandis que ce dernier l'avait été quatre fois avant le gauche, ce qui ne laissait plus qu'une légère prédominance au côté gauche (5 fois) sur le droit (4 fois).

De plus, dans l'examen de 12 cas de cataractes doubles, nous trouvons que le début a eu lieu 8 fois à droite et 4 fois seulement à gauche, ce qui permettrait d'admettre, contrairement au premier résultat, que le début a plus souvent lieu à droite. Du reste, le nombre des observations n'étant pas très-considérable, nous n'oserions donner ce fait comme une loi ; qu'il nous suffise de l'avoir signalé.

Nous avons adressé à tous nos malades de nombreuses questions pour déterminer le temps nécessaire pour que l'opacité du cristallin soit complète, pour que la cataracte soit arrivée, comme on le dit vulgairement, à maturité. Quelquefois nous n'avons pu recueillir que des souvenirs confus, des données inexactes ; nous n'avons point tenu compte de ces faits ; d'autres fois il y a eu une absence totale de renseignements, à cause de l'affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence de certains indivi-

dus. Toujours nous nous sommes attachés à bien déterminer l'époque précise où la vue a commencé à s'affaiblir, et où l'individu a remarqué ce changement dans sa vision, ainsi que celle où la cécité a été complète. Nous avions d'abord fait une colonne distincte pour chaque œil, mais les résultats étant presque identiques, nous avons dû les réunir, pour simplifier autant que possible les tableaux. Nous n'avons pu recueillir des détails suffisants que pour 30 yeux. Dans deux cas de cataractes accidentelles, l'opacité du cristallin s'était montrée presque immédiatement après la cause qui l'avait produite. La cécité avait été complète :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Au bout | de 10 mois. . . . . | dans | 2 cas. |
| » | d'un an. . . . . . . . | » | 10 |
| » | d'un an et demi. . . | » | 3 |
| » | de deux ans . . . . | » | 4 |
| » | de 2 ans et demi . . | » | 5 |
| » | de 3 ans . . . . . . | » | 2 |
| » | de 4 ans . . . . . . | » | 1 |
| » | de 5 ans . . . . . . | » | 1 |
| | Total. . . | » | 28 |

Chez le plus grand nombre de nos malades, il n'a fallu qu'une année pour que le cristallin ait été atteint d'une complète opacité. Sur 30 individus, la moitié se trouve comprise dans l'intervalle de 10 mois à un an et demi, tandis que les 15 autres sont dispersés dans l'espace de 2 à 5 ans. On peut donc admettre qu'il ne faut en général pas beaucoup plus d'un an ou deux pour que la cataracte soit parvenue à maturité.

## § III. — *Symptômes.*

Les principaux symptômes de la cataracte ressortent de l'examen de l'œil et de la manière dont la vision s'exerce.

La vue, après avoir diminué d'une manière graduelle, finit par s'éteindre, mais cependant jamais aussi complétement que dans l'amaurose. Quand la circonférence du cristallin n'est point tout à fait opaque, les individus recherchent les endroits sombres, et l'obscurité favorisant la dilatation de la pupille, ils peuvent encore voir d'une manière imparfaite. Quatre individus pouvaient distinguer quelques objets le soir et le matin ; ils étaient aveugles dans la journée. D'autres (4) pouvaient encore apercevoir assez distinctement l'ombre de leurs doigts placés devant leurs yeux. Enfin, dans un degré plus avancé, la plupart (20) ne distinguaient plus qu'une lumière vive, artificielle ou naturelle, et savaient quand ils étaient placés devant une fenêtre ou un endroit fortement éclairé.

*Examen des yeux.* Nous parlerons de la disposition des paupières et des yeux dans l'orbite, à propos des circonstances favorables ou non à l'opération, et nous ne nous arrêterons point ici sur ce sujet. 3 individus avaient un cercle sénile très-prononcé : la pupille était une fois seulement très-dilatée, elle était en même temps peu contractile ; l'individu a été opéré et n'était point amaurotique : dans deux cas, elle était extrêmement resserrée ; le plus souvent (26), dans un état moyen de contraction et de dilatation. La contractilité était lente (4), ou très-rapide (8) ; elle se contractait avec une vitesse modérée.

Presque toutes les opérations ont été faites par

extraction : aussi avons-nous souvent pu constater l'état du cristallin et établir les rapports qui existent entre les caractères qu'il présente lorsqu'il est extrait et ceux qu'on observe lorsqu'il occupe sa place dans l'œil derrière l'iris.

Nous avons noté deux états très-distincts : 1° opacité d'un blanc-grisâtre, coupée en tous sens par des stries, des filaments d'un blanc beaucoup plus tranché que le fond (8), et, comme variété, opacité d'un blanc laiteux strié (5) ; 2° opacité d'un gris foncé uniforme, sans la moindre apparence de stries (3), et, comme variété, cataracte d'un blanc laiteux non strié (5).

Voici quel était l'aspect du cristallin extrait dans la première catégorie. Il était d'un jaune-bistre, dur, sec, et nullement entouré de liquide gélatiniforme ; seulement, le noyau, toujours dur et compacte, était entouré d'une très-légère couche de ce liquide, quand la teinte du cristallin était plus blanche. Dans la deuxième catégorie, le cristallin était d'un jaune-fauve, sa consistance moins ferme à son centre, très-mou et entouré de matière visqueuse et demi-liquide dans une grande partie de sa périphérie ; il était complétement réduit en gelée, semblable à de l'empois cuit, dans la dernière série de cataractes (blanc laiteux non strié).

Ces résultats confirment assez bien tout ce qui a été observé jusqu'à présent ; ils indiquent d'une manière plus précise la consistance de la cataracte d'après l'examen de l'œil. L'aspect strié paraît surtout indiquer que le cristallin est consistant et dur. Toutes ces variétés ont été observées chez des individus dont les cataractes étaient parvenues à maturité, et par conséquent ne préjugent rien, quant à l'état plus ou moins avancé de la maladie.

Trois ont dû être notés à part, parce qu'ils offraient une disposition moins commune. Chez un enfant de dix ans, on voyait dans l'ouverture pupillaire, sur un fond grisâtre et parfaitement uni, deux stries d'un blanc éclatant, représentant la lettre T. (Il a été opéré par abaissement.) Chez un autre, au milieu d'un cristallin grisâtre et non strié, il existait une tache d'un blanc mat, très-bien circonscrite, placée dans l'axe de l'œil et de la grosseur d'une tête d'épingle; le cristallin extrait était un peu mou, de couleur fauve, et la tache blanche avait la même apparence que dans l'œil.

Nous avons mis à part les deux observations relatives à des cataractes traumatiques. Chez tous les deux il existait une cicatrice de la cornée; la pupille était remplie par un corps très-mat, de forme irrégulière, uni, non strié, blanc, et très-voisin de la face postérieure de l'iris.

C'est ici le cas de parler de la proportion des cataractes capsulaires et cristallines. Les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur ce sujet. M. Maunoir ne trouve que cinq cataractes capsulaires sur deux cent vingt et une, tandis que Dupuytren en compte deux sur cinq. Cette énorme différence ne peut s'expliquer qu'au moyen d'une erreur commise par les chirurgiens qui pratiquent l'abaissement. Cette méthode ne permet point de déterminer, d'une manière incontestable, la nature de la cataracte, et l'on ne peut s'autoriser d'expériences ainsi faites. Sur quarante et une opérations faites par l'extraction, c'était toujours le cristallin qui était opaque.

## § IV.— *Diagnostic*

Dans aucun cas, il n'a présenté de difficultés ni

d'incertitudes ; aussi, n'avons-nous point à insister sur cette partie de notre travail. La distinction de la cataracte et de l'amaurose, dans tous les cas que nous avons observés, a toujours été facile à établir; nous nous contenterons de signaler une particularité remarquable dans l'espèce d'amaurose la plus grave, la moins curable; c'est une dureté très-considérable du globe de l'œil. Lorsque les doigts cherchent à la comprimer à travers les paupières, ils éprouvent une sensation analogue à celle de la pierre. Souvent M. Roux, à ce seul symptôme, établissait un diagnostic, que l'examen de l'œil et d'autres signes sont toujours venus confirmer.

Une maladie plus difficile à reconnaître, c'est la cataracte noire, mais elle est fort rare et les exemples se comptent. Peut-être nous saura-t-on gré de rappeler un fait analogue et plus curieux encore, observé par M. Roux ; en voici le résumé.

Une jeune fille de vingt-six ans entre à l'Hôtel-Dieu, le 15 avril 1838. Sa vue s'est affaiblie graduellement depuis huit ans ; elle distingue la lumière des ténèbres, mais elle ne peut se conduire ; elle distingue mieux à la lumière douce, qu'au jour éclatant et au soleil. La pupille est noire, avec léger reflet gris-verdâtre, et quelques stries d'une teinte plus claire, antérieures au reflet indiqué ; l'iris gris est contractile, yeux saillants, un peu durs et volumineux. Par l'expérience de la bougie, l'image renversée manque ; l'image droite, profonde, est pâle et élargie. Elle est opérée, par extraction, le 30 avril, de l'œil gauche, et le cristallin présente l'aspect suivant : Il est demi-transparent, il n'est pas totalement incolore, quoique moins jaune que les autres cristallins extraits le même jour ; il laisse voir moins distinctement qu'eux les détails du tissu

du linge sur lequel il est placé. Sa face postérieure est bombée et présente une trentaine de stries, cannelures incolores, qui convergent vers un centre commun comme des rayons; la face antérieure n'est point cannelée; le centre est moins consistant que la périphérie; il se sépare en petits fragments, suivant la direction des stries. Sa vue est rétablie de ce côté. Le 21 mai, opération faite par extraction à l'œil droit; le cristallin offre la même disposition. Sa vue se rétablit de ce côté comme de l'autre. (Voir, pour plus de détails, *Observation* sur une espèce de cataracte encore inconnue dans la science, et qu'on avait prise pour une cataracte noire. — (*Revue médicale*, octob. 1838.

## § V. — *Pronostic.*

Avant de pratiquer l'opération, il convient de noter quelles sont les circonstances favorables ou défavorables dans lesquelles se trouve l'individu. Cet examen a une grande importance pour le pronostic. Sans parler des maladies de l'œil et de ses dépendances, qui sont des contre-indications formelles : atrophie, hydrophthalmie, amaurose, taches étendues de la cornée, inflammations chroniques et rebelles, etc., nous allons étudier de préférence les influences générales qui peuvent être favorables ou non à l'opération, et les dispositions particulières à l'œil ou à l'individu, etc.

*Saisons.* C'est surtout pour l'opération de la cataracte qu'on s'est préoccupé de l'époque de l'année la plus convenable. On est assez d'accord sur ce point, que la fin de l'automne et l'hiver sont deux temps de l'année peu propices, et qu'il vaut mieux

la pratiquer au printemps, dans l'été, et au commencement de l'automne. Nous devons ajouter que l'on doit presqu'autant éviter la saison très-chaude que l'hiver. D'ailleurs la température, élément principal dont il faut toujours tenir compte, est si variable dans notre climat, que l'on voit des opérations mieux réussir dans les mois de la saison chaude et froide, que dans ceux où la température n'est ordinairement ni trop basse, ni trop élevée.

Voici le résumé des opérations dans ces différents mois de l'année.

| | Opérés. | | Succès. | | Insuccès. | | Résultats douteux. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Février..... | 1 | ... | 1 | ... | 0 | ... | 0 |
| Mars........ | 1 | ... | 1 | ... | 0 | ... | 0 |
| Avril........ | 7 | ... | 4 | ... | 3 | ... | 0 |
| Mai.......... | 5 | ... | 2 | ... | 1 | ... | 2 |
| Juin......... | 6 | ... | 4 | ... | 1 | ... | 1 |
| Juillet...... | 10 | ... | 4 | ... | 6 | ... | 0 |
| Août........ | 2 | ... | 1 | ... | 0 | ... | 1 |
| Septembre. | 2 | ... | 1 | ... | 1 | ... | 0 |
| Octobre.... | 3 | ... | 3 | ... | 0 | ... | 0 |
| Novembre. | 4 | ... | 2 | ... | 2 | ... | 0 |
| | 41 | | 23 | | 14 | | 4 |

Il n'y a que les mois extrêmes de l'année qui ne figurent point dans ce tableau. En l'examinant, on peut remarquer que c'est surtout dans les mois du printemps et de l'automne que le nombre des succès est plus considérable. Les mois d'été comptent plus d'insuccès, puisqu'en juillet 6 yeux sur 10 n'ont tiré aucun bénéfice de l'opération. C'est qu'en effet le mois de juillet a été très-défavorable; il n'y a point eu un seul jour de beau temps, et la température moyenne a été moins élevée que celle des

années précédentes, ses variations ont été assez brusques, ainsi que celles du baromètre ; le vent a toujours soufflé de l'ouest au nord-ouest. Tous les malades opérés en octobre ont recouvré la vue; en novembre, les succès ont balancé les revers. Quoiqu'il ne soit point permis de tirer des conclusions rigoureuses de faits trop peu nombreux, on peut dire qu'ils confirment assez bien la règle déjà posée à cet égard; mais il ne faut point oublier, qu'en admettant que l'on doit opérer de préférence au printemps et en automne, il convient toujours de tenir compte de la température, souvent très-variable. Ainsi, d'autres observateurs pourront-ils arriver à des résultats différents, suivant que tel ou tel mois a été plus chaud ou plus froid que l'autre.

Les autres circonstances se rattachent toutes à l'individu.

*Age*. On est assez naturellement porté à penser que l'âge avancé ne doit point être une condition favorable pour la réussite de l'opération, et qu'elle doit avoir d'autant plus de chances de succès que l'individu est plus jeune. Dans le tableau qui suit, on verra qu'en effet, jusqu'à l'âge de 50 ans, nous n'avons point eu à constater de fâcheux résultats. A partir de cette époque, les succès et les revers se compensent tellement, qu'il ne serait point juste d'admettre que l'âge avancé soit une condition aussi défavorable qu'on pourrait le croire. Nous trouvons que, dans la période décennale qui sépare 70 ans de 61, il y a 9 succès pour 6 insuccès. Un vieillard de 76 ans a été opéré des deux côtés sans que le moindre accident se soit manifesté; le résultat a été très-satisfaisant. A la vérité, un autre de 85 ans a été moins heureux; mais ses yeux étaient dans des dispositions telles, qu'on n'aurait pu concevoir un

espoir bien fondé, même chez un individu moins avancé en âge.

| Nombres des individ. | Age. | Nomb. des yeux. | Succ. | Insucc. | Douteux. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 10 ans 1/2 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 2 | De 21 à 30 | 2 | 1 | 0 | 1 |
| 2 | De 31 à 40 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 3 | De 41 à 50 | 3 | 2 | 0 | 1 |
| 6 | De 51 à 60 | 9 | 4 | 4 | 1 |
| 9 | De 61 à 70 | 16 | 9 | 6 | 1 |
| 5 | De 71 à 80 | 6 | 4 | 2 | 0 |
| 1 | De 81 à 90 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| 29 | | 41 | 23 | 14 | 4 |

On voit cependant que, de 51 à 60, les succès ne s'observent que dans la moitié des cas ; ils sont plus nombreux dans la période suivante (9 succès sur 16 yeux opérés) ; qu'enfin, de 71 à 80, on réussit encore dans les deux tiers des cas.

*Sexe.* Il existe une trop grande différence dans le nombre des observations recueillies chez les hommes et les femmes, pour qu'il nous soit permis de décider si le sexe peut avoir de l'influence sur les résultats de l'opération. Elles nous ont paru être plus mal partagées que les hommes, car, sur 7 femmes, 2 ont complétement perdu la vue ; et sur 12 yeux, 6 étaient mauvais et 1 dans un état douteux. Ce résultat est en harmonie avec l'opinion générale. Cependant M. Pasquet (*Revue médicale*, 1838) a trouvé un nombre presque égal de succès dans les deux sexes.

*Côté opéré.* Un fait bien démontré pour nous, c'est que l'opération réussit plus souvent à gauche qu'à droite, et l'explication en est toute naturelle.

On sait que l'œil gauche doit être opéré de la main droite, et *vice-versâ*. C'est toujours de ce côté que M. Roux commence quand les deux yeux sont cataractés. Souvent le malade supporte bien la première opération, mais souvent aussi il se montre impatient et indocile à la seconde ; c'est là une cause de difficultés et partant d'insuccès. Enfin, quelle que soit l'habileté du chirurgien (et qui pourrait mettre en doute celle de M. Roux ?), il est rare que la main gauche jouisse de la même aisance, agisse avec la même précision que la droite, et achève toutes les manœuvres si délicates de l'extraction avec la même sûreté.

| | | | |
|---|---|---|---|
| A gauche. | — Yeux | bons..... | 15 |
| | — | mauvais. | 7 |
| | — | douteux. | 1 |
| | | Total... | 23 |
| A droite. | — Yeux | bons..... | 8 |
| | — | mauvais. | 7 |
| | — | douteux. | 3 |
| | | Total... | 18 |

On a établi que les succès étaient plus nombreux sur les individus opérés aux deux yeux que sur ceux qui n'ont subi l'opération que d'un œil, proportionnellement au nombre total des opérations faites dans chacun des deux cas. Notre observation serait directement contraire à cette assertion.

| | | |
|---|---|---|
| Sur 13 individus opérés d'un côté, 10 succès, 3 insuccès; | total : | 13 |
| Sur 24 individus opérés des 2 côtés à la fois, 13 succès, 11 insuccès; | total : | 24 |
| | | 37 |

Dans la première catégorie, insuccès dans moins du tiers des cas.

Dans la seconde, insuccès dans presque la moitié.

Nous n'avons point tenu compte des cas douteux.

*État de l'œil.* L'état des parties constituantes de l'œil, la position qu'il occupe dans l'orbite et la manière dont il est recouvert par les paupières, sont autant de points que nous devons examiner à part.

Le peu d'écartement des paupières laisse un champ moins libre à l'opérateur, l'œil étant recouvert dans une plus grande étendue; aussi peut-il en résulter de sérieuses difficultés, surtout lorsque l'on emploie l'extraction; dans ce cas l'abaissement est préférable. Deux malades offraient cette disposition au plus haut degré; les deux yeux ont été opérés; il y a eu deux succès et deux revers.

L'enfoncement des yeux dans l'orbite peut être tellement prononcé qu'il serait de toute impossibilité de faire sortir la pointe du kératotôme du côté de la cornée opposé à celui par lequel il aurait été d'abord engagé. Nous avons vu plus d'une fois, chez des individus dont les yeux étaient placés un peu profondément dans l'orbite, la section de la cornée être extrêmement difficile; non seulement elle se fait avec peine, mais souvent le lambeau est mal taillé, insuffisant, et il faut revenir, pour extraire le

cristallin, à des manœuvres fatigantes et toujours d'un mauvais pronostic. C'est encore là une indication pour donner la préférence à l'abaissement.

Le relevé suivant prouvera la vérité de ce que nous venons d'avancer :

Sur 7 yeux un peu enfoncés on compte 5 succès et 2 revers; mais on ne compte plus qu'une seule réussite sur 8 opérations faites dans des cas où l'œil était profondément placé dans l'orbite.

La saillie de l'œil a des inconvénients d'un autre genre; elle expose à l'écoulement de l'humeur vitrée. Cette disposition n'a été notée qu'une fois à un faible degré. Succès.

Il n'a point été opéré de malade qui présentât des taches dans la cornée, à l'exception de deux jeunes gens blessés à l'œil, et chez lesquels il restait une cicatrice blanchâtre. 3 individus avancés en âge avaient une opacité périphérique de la cornée, cercle sénile. Sur ces 3 individus, on a opéré 5 cataractes, et l'on trouve 3 succès et 2 insuccès. Il n'est guère probable qu'il faille beaucoup tenir compte de cette disposition, à moins qu'elle n'existe à un haut degré et n'envahisse une grande partie de la cornée.

« Ce que j'aurais peine à croire, dit M. Roux, si je n'en étais pas convaincu par ma propre expérience, c'est que parmi les traits de conformation ou d'organisation de l'œil qui présentent des variétés, la couleur naturelle de l'iris paraît avoir quelque influence sur le résultat de l'opération de la cataracte. Une condition favorable sous ce rapport est attachée non pas à telle couleur de l'iris exclusivement, mais à différentes nuances qu'on peut réunir en disant que les yeux qui les présentent sont de couleur claire. Je peux donc assurer que,

toutes choses égales d'ailleurs, l'opération de la cataracte réussit mieux et plus communément sur des yeux bleus-grisâtres, etc., que sur ceux dont l'iris a une couleur très-foncée. Je ne rechercherai point la raison d'un tel fait; mais j'en rapprocherai celui-ci, qui tient vraisemblablement à la même cause, qui reconnaît le même principe et dont surtout il n'est point possible de contester la réalité; c'est qu'on observe bien plus souvent sur des yeux bruns petits, ou un peu enfoncés dans l'orbite, que sur des yeux de couleur claire et à fleur de tête, une espèce de cataracte avec amaurose qui est fort commune, etc. »

Nos observations viennent pleinement confirmer l'assertion de M. Roux, qui ne l'a d'ailleurs émise qu'après l'avoir appuyée sur des faits nombreux et soigneusement recueillis; pas plus que lui, nous ne chercherons à expliquer cette coïncidence qu'il nous suffira de mettre en évidence par les chiffres suivants :

Sur 15 individus dont l'iris était gris-clair ou d'un gris-bleuâtre, il y a eu 11 succès et 4 insuccès.

Chez 13 autres, il était fauve : 6 succès, 5 insuccès, 2 résultats douteux; chez les 13 derniers, l'iris était de couleur plus foncée, variant de l'orangé au brun : il n'y a eu que 4 résultats favorables, 7 mauvais, 2 douteux.

On voit que, pour les yeux de couleur foncée, on n'a réussi qu'une fois sur trois, dans la moitié des cas à peu près pour les yeux dont l'iris est moins foncé, mais pas cependant de couleur tout à fait claire; qu'enfin, lorsque l'iris présente des nuances variables du gris au bleu, on réussit plus de deux fois sur trois.

Est-il un rapport entre les différents états du cris-

tallin que nous avons décrits et le pronostic de l'opération? Pour éviter de trop longues répétitions, nous nous sommes bornés à noter les cas où le cristallin était dur et ceux où il était complétement ramolli, ou seulement à sa circonférence. Cet examen donne un résultat à peu près négatif.

Sur 16 cas où le cristallin était dur, 11 succès, 5 insuccès.

Sur 10 cas où il était ramolli, 6 succès, 4 insuccès.

L'état de la pupille, la rapidité avec laquelle elle se dilate ou se resserre, sont d'une grande utilité dans le pronostic et la source d'indications pour l'opérateur. On sait qu'il ne faut point toucher à un œil dont la pupille dilatée et immobile révèle l'existence d'une amaurose. Une fois elle était presque immobile, mais comme la formation de la cataracte avait été consécutive à une violence exercée sur l'œil, on pouvait supposer que des adhérences étaient cause de cette immobilité. L'opération fut faite. Le malade avait une amaurose incomplète. Chez deux individus, la pupille se contractait avec une grande lenteur (trois succès); trois fois avec une rapidité extrême (trois succès).

L'écoulement d'une quantité variable d'humeur vitrée est toujours chose fâcheuse. Dans un cas où il a eu lieu, la vue a été parfaitement conservée; dans un autre, quoique la quantité n'eût point été considérable, l'œil a été perdu. Il en est de même de la piqûre de l'iris et de l'écoulement du sang dans la chambre antérieure ou postérieure. Une seule fois cet accident est arrivé (insuccès). Une autre fois, dans un cas d'abaissement, l'iris a été légèrement touché, ce qui a déterminé plusieurs vomis-

sements, mais n'a exercé aucune influence fâcheuse sur le résultat ultérieur. Une seule fois la syncope s'est manifestée pendant qu'on procédait à l'opération.

Parmi quelques circonstances défavorables qui tiennent au manuel opératoire, il faut citer la section d'un lambeau trop petit, qui rend l'extraction pénible, exige une pression trop forte sur l'œil et expose davantage à la sortie de l'humeur aqueuse. Quelquefois il est nécessaire de rendre ce lambeau plus grand en continuant la section avec des ciseaux, dont l'introduction dans l'œil peut être la source d'accidents. Quelquefois la capsule n'est point assez largement incisée, et c'est là la cause de difficultés de même nature : elles n'ont jamais été portées à un degré tel qu'il y eût à craindre pour l'œil opéré. Ces circonstances ont été très-rarement notées, et l'on ne peut tirer des faits que nous possédons des indications pour le pronostic.

Nous avons donné à cette partie de nos études statistiques sur la cataracte un peu d'étendue, parce qu'on ne s'est guère occupé d'apporter une grande précision sur ce point. Quelques questions auraient pu être traitées avec plus de développement; mais nous nous sommes renfermés dans l'analyse des observations recueillies par nous.

## § VI. — *Opération*.

C'est au sujet des méthodes de l'opération de la cataracte par extraction et par abaissement qu'ont été faits les premiers essais de statistique chirurgicale. La comparaison des avantages et des inconvénients de chacune de ces méthodes a toujours été une thèse que les chirurgiens ont aimé à traiter. Tout a

été dit ou à peu près sur ce sujet, et nous ne nous y arrêterons point. Aussi bien n'avons-nous pas entre les mains un nombre suffisant de faits pour soumettre de nouveau cette question à l'arbitre des chiffres, puisque, sur 41 opérations, l'abaissement n'a été employé que six fois. Nous ne devons point cependant aller plus avant sans rapporter ici l'opinion de l'habile chirurgien dans le service duquel nos observations ont été recueillies.

« L'extraction a sur l'abaissement des avantages marqués comme méthode générale d'opérer la cataracte, et doit lui être préférée. Mon sentiment à cet égard n'est pas une de ces préventions qu'on conçoit par hasard et dans lesquelles on se fortifie par habitude. Il est fondé sur un rapprochement de faits en assez grand nombre. Lorsqu'il y a une douzaine d'années (ceci a été écrit en 1819), je fis les premiers pas dans la pratique de la chirurgie, je n'avais et ne pouvais avoir aucune opinion formée sur une question qui partageait alors, comme elle partage encore maintenant, les meilleurs esprits et les meilleurs praticiens. Si j'avais pu avoir quelque prévention, c'eût été en faveur de l'abaissement, sur lequel les nouvelles vues théoriques et pratiques de Scarpa venaient de rappeler l'attention des chirurgiens. Il est naturel, en effet, que dans la première période de la carrière qu'il doit parcourir, l'homme livré à la culture des arts et des sciences suive l'impulsion communiquée par les découvertes les plus récentes, par les nouvelles inventions; c'est le jeune homme qui, dans sa mise, s'assujettit aux caprices de la mode et rejette le costume des vieillards. Je me bornai néanmoins à placer l'abaissement sur la même ligne que l'extraction, et considérant ces deux méthodes comme admissibles

l'une et l'autre, je formai le projet de les soumettre à des essais comparatifs.

« Ces essais, je les ai continués jusqu'à la fin de 1815, pendant huit ou dix années.... Telle année, j'ai fait plus d'abaissements que d'extractions ; telle autre, au contraire, plus d'opérations par cette dernière méthode que par la première ; d'autres fois, j'ai fait dans le cours d'une année un nombre à peu près égal d'opérations par chacune de ces méthodes. J'ai eu soin, dans tous les cas que, sous le rapport de la nature de la maladie, des dispositions de l'individu, et de tout ce qu'on croit pouvoir influer d'une manière ou favorable ou désavantageuse sur les résultats de l'opération de la cataracte, les circonstances fussent semblables, autant que possible, par ces deux méthodes. J'ai voulu que, sinon sous le rapport de l'exécution, qui ne peut pas être la même, les chances fussent, autant que faire se pouvait, égales de part et d'autre. Pour qu'elles le fussent plus encore, il m'est arrivé un très-grand nombre de fois de pratiquer les deux méthodes sur le même individu, affecté de la cataracte aux deux yeux, l'extraction d'un côté, l'abaissement de l'autre.

« Ayant donc, après un peu plus de neuf années, comparé les résultats de 600 et quelques opérations pratiquées sur près de 400 individus environ, moitié par extraction et moitié par abaissement ; ayant de plus observé les suites d'une centaine d'autres, faites toutes par extraction, par M. Boyer, j'acquis la plus entière certitude que l'extraction procure un plus grand nombre de succès, et des succès plus francs et plus complets : il fut pour moi mathématiquement démontré que, par elle, un plus grand nombre d'individus recouvrent une vue aussi par-

faite qu'il est possible que ce soit après l'opération de la cataracte. J'ai dû en conséquence renoncer, et j'ai renoncé pour toujours sans doute à l'abaissement.

« Toutefois, que ceci s'entende de l'abaissement employé comme méthode générale. Je reconnais en effet quelques cas dans lesquels il faut oublier l'extraction pour pratiquer l'abaissement, dans lesquels ce dernier, sans perdre aucun des inconvénients qui lui sont propres, est cependant préférable à l'autre méthode. »

Nous n'ajouterons rien à cette déclaration marquée au coin de la franchise et de la plus entière conviction ; elle est bien propre à décider la question qui nous occupe. Ces expériences, faites avec un esprit dégagé de toute prévention, avec tout le soin, toute la précision imaginables, nous dispensent d'entrer à cet égard dans de plus longs développements.

Voici la manière dont M. Roux procède à l'extraction : il nous suffira d'indiquer ce qui lui est particulier, sans entrer dans tous les détails d'un manuel opératoire trop bien connu.

Le malade est toujours soumis, pendant les jours qui suivent son admission, à une alimentation modérée, à l'usage de tisanes un peu laxatives et de pédiluves. C'est une règle sans exception que d'appliquer un vésicatoire à la nuque immédiatement avant l'opération. Sans prétendre prouver que ce soit un moyen infaillible d'empêcher l'inflammation de se manifester, il n'est pas nuisible et il peut être utile; aussi M. Roux n'a jamais renoncé, depuis bien des années, à son emploi. S'il y a pléthore évidente, congestion de la face, des yeux, une saignée est pratiquée.

Il est très-rare que l'on emploie la belladone; son application sur les paupières n'a été nécessaire qu'une seule fois dans un cas de resserrement très-considérable des pupilles.

L'opéré et l'opérateur sont toujours assis ; ce dernier sur un siége plus élevé. Lorsque les préparatifs ordinaires sont faits, qu'une bande a fixé le bonnet, qu'une boulette de charpie et un bandeau ont été placés sur l'œil qu'on n'opère point, l'aide relève la paupière avec l'index de la main droite pour l'œil gauche, et *vice-versâ*, en soutenant le menton avec l'autre main. Il est nécessaire qu'il exerce une légère pression sur l'œil, jusqu'à ce que la section de la cornée soit terminée; le rôle de l'aide, jusqu'à la fin de l'opération, se borne à relever la paupière supérieure sans comprimer le globe de l'œil.

M. Roux taille obliquement son lambeau en bas et en dehors, suivant le procédé de M. Wenzel, et emploie le kératotôme, appelé en France couteau de Richter, en Allemagne et en Angleterre, couteau de Beer. Il le préfère, parce qu'il présente de nombreux avantages. Sa forme est pyramidale et à tranchant droit; le dos a de la force, quoique adouci par un double biseau. Il lui trouve ces avantages, qu'il ne fléchit point en traversant la cornée; que la pointe s'émousse rarement, et que la pyramide qu'il forme étant un peu allongée, l'incision de la cornée n'a pas encore beaucoup d'étendue au moment où cette membrane est percée d'un côté à l'autre ; qu'ainsi on est maître d'achever le lambeau un peu lentement; et pour cette dernière chose, enfin, comme la largeur de la lame augmente par degrés de la pointe à la base, il suffit de continuer

le mouvement par lequel on a déjà fait agir l'instrument.

Pour l'incision de la capsule, l'instrument à lame étroite, à tranchant concave, à dos convexe, épais et arrondi, dont le manche supporte, par son extrémité opposée, une curette.

Dans la crainte de tomber dans des détails trop connus, nous n'insistons point sur les autres circonstances relatives à l'opération pour arriver à constater quels ont été les résultats obtenus dans l'année 1841. Mais auparavant, il est bon d'indiquer quels sont les procédés numériques que nous avons employés. Nous n'avons encore eu qu'à suivre et à imiter ce que notre maître a fait il y a bien des années déjà. (V. *Mémoire et observations sur la cataracte;* par M. Roux; *Journ. gén. de Méd.*, tom. 62, et le *Rapport* de MM. Percy et Deschamps.)

Et d'abord, il convient de séparer en deux catégories les résultats par rapport aux individus et aux opérés. On doit comprendre l'importance de cette séparation. Les opérations que l'on pratique chez le même individu aux deux yeux, doivent compter pour deux opérations. On peut en effet employer dans ce cas deux méthodes différentes; l'opération peut être très-simple à gauche, très-difficile à droite et *vice versâ*. Les suites seront heureuses pour un œil, graves pour un autre; on peut obtenir un succès d'un côté, essuyer un revers de l'autre, de même qu'on peut réussir ou échouer complétement sur les deux yeux à la fois, etc. Il ne serait donc pas impossible que, dans une série, tous les opérés fussent aveugles, ou bien que tous pussent jouir de l'usage des deux yeux, ou bien qu'enfin les succès et les insuccès fussent tellement combinés, que tous les individus retirassent un bénéfice de l'opération. Il

est évident qu'en calculant suivant les individus, on arrivera à des résultats bien plus favorables qu'en tenant compte seulement des yeux opérés.

Voici le tableau des relevés que M. Roux a faits depuis 1816 jusqu'en 1819 :

En 1816, 75 opérations sur 40 malades.

Yeux opérés. . . . Insuccès. . 26 Succès. . 49 sur 75
Individus opérés. . Insuccès. . 8 Succès. . 32 sur 40

En 1817, 85 opérations sur 53 individus.

Yeux opérés. . . . Insuccès. . 37 Succès. . 48 sur 85
Individus opérés. . Insuccès. . 15 Succès. . 38 sur 53

En 1818, 78 opérations sur 46 individus.

Yeux opérés. . . . Insuccès. . 34 Succès. . 44 sur 78
Individus opérés. . Insuccès. . 16 Succès. . 30 sur 46

En 1819, 68 opérations sur 38 individus.

Yeux opérés. . . . Insuccès. . 21 Succès. . 47 sur 68
Individus opérés. . Insuccès. . 6 Succès. . 32 sur 38

En tout 306 opérations sur 177 individus.

Rapport des succès aux yeux opérés. . . :: 188 : 306

Environ les 3/5.

Rapport des succès aux individus opérés. :: 132 : 177

Environ les 7/10.

Nous sommes arrivés à des moyennes à peu près semblables.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Individus . . 29 | Extractions. . 24 | Succès . . . . . | 19 |
| | | Insuccès . . . . | 3 |
| | | Résultats dout. | 2 |
| | Abaissements. 5 | Succès . . . . . | 3 |
| | | Insuccès . . . . | 1 |
| | | Résultats dout. | 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Yeux opérés. 41 | Extractions. . 35 | Succès . . . . . | 21 |
| | | Insuccès . . . . | 12 |
| | | Résultats dout. | 2 |
| | Abaissements. 6 | Succès. . . . . | 2 |
| | | Insuccès. . . . | 2 |
| | | Résultats dout. | 2 |

Si nous supprimons les cas douteux, dont on ne doit pas tenir compte, et si nous ajoutons 3 individus opérés par extraction en ville, et qui donnent un total de 5 opérations, nous aurons pour résultat :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Extraction. . 25 individus. | 22 succès. | 3 insuccès. |
| » 38 yeux . . . | 25 » | 13 » |

Rapport des insuccès aux succès pour les individus, comme 1 est à 8 environ.

Rapport des insuccès aux succès pour les yeux, comme 1 est à 3 environ.

Le nombre des opérés par abaissement n'étant pas égal, ou à peu près égal à celui des extractions, il serait inutile de comparer ces méthodes et d'en conclure à la préférence que l'on devrait donner à l'une sur l'autre.

## § VII. — *Soins consécutifs ; état des yeux après l'opération.*

Le malade une fois opéré, ses yeux sont couverts d'un bandeau de toile et d'un autre de soie noire ; il est placé dans un lit garni de rideaux verts ; il doit rester couché sur le dos ; on lui recommande de faire le moins de mouvements possible. Il est mis au régime des bouillons. Quatre jours pleins après l'opération, on procède à l'examen de l'œil, et depuis

lors trois fois par jour, on le lave avec de l'eau blanche. Vers le dixième ou douzième jour, suivant l'état dans lequel se trouve l'œil, on fait porter au malade des lunettes à verres bleus. La suppuration du vésicatoire est entretenue jusqu'à ce qu'on n'ait plus rien à redouter des accidents de l'inflammation.

Chez quelques opérés, les suites sont d'une simplicité telle qu'elles ne doivent donner matière à aucune réflexion spéciale : transparence parfaite de la cornée, recollement bien exact et par première intention du lambeau sans la moindre saillie, champ de la pupille tout à fait débarrassé et noir, pas la moindre injection de la conjonctive, vue très-distincte, résultat immédiat et complet (12). Quelquefois, on a noté une déformation de l'iris qui a été passagère et peu considérable. Dans des cas très-simples (6), il y a eu une injection de la conjonctive, qui a duré quelques jours.

Enfin, les suites de l'opération ont pu inspirer des craintes en raison de l'apparition de certains phénomènes d'un mauvais pronostic. En général (3), on a vu une fois sept jours et deux fois quinze jours après l'opération, se développer une pseudo-membrane jaunâtre à la partie inférieure du lambeau, le repousser en avant et se placer entre lui et la cornée ; elle ne s'est point étendue, d'ailleurs, au reste du lambeau, et il s'est fait une sorte de réunion par deuxième intention. Après la résorption de cette fausse membrane, la cornée a repris sa transparence, et le succès a été aussi franc que dans les cas les moins compliqués. Une fois cependant, cet état s'accompagna de chémosis et de suffusion de la cornée ; la vue fut de nouveau éteinte ; mais ces accidents cédèrent à l'application d'un second vési-

catoire à la nuque. Dans deux cas d'abaissement, le cristallin étant venu reprendre sa place, il fut nécessaire de l'abaisser de nouveau, et cette fois avec une entière réussite.

Il faut nous expliquer ici sur les observations que nous avons dû ranger parmi les cas douteux. En nous autorisant des faits qui précèdent, nous aurions pu nous croire le droit de regarder comme un succès le cas d'un homme opéré par extraction. Il y avait eu formation d'une pseudo-membrane à la partie inférieure du lambeau et kératite; au moment où il est sorti de l'hôpital, celle-ci avait disparu, ainsi que la pseudo-membrane; il commençait à distinguer les objets, mais la vue n'était point encore bien nette. Si nous l'avons rangé parmi les résultats incertains, c'est pour prouver la rigueur que nous avons apportée dans l'examen de nos malades et dans leur classement. Chez les deux autres, les milieux de l'œil étaient parfaitement transparents, mais l'iris se contractait à peine; la vue était confuse (amaurose commençante). Le quatrième enfin avait subi l'abaissement sans grand bénéfice. Il est resté une opacité peu considérable, il est vrai, mais la vue ne lui a été rendue que d'une manière incomplète.

La coarctation de l'ouverture pupillaire, qui ne s'est présentée que cinq fois, a toujours été avantageusement combattue par des onctions d'extrait de belladone sur les deux paupières, et la pupille a repris en peu de jours ses dimensions ordinaires. Dans un cas d'abaissement, il y a eu oblitération de chaque côté.

Lorsque, pour la première fois, on enlève l'appareil qui couvre les yeux, au quatrième jour qui suit l'opération, il est souvent facile d'en prévoir le ré-

sultat. Il sera mauvais quand on verra le bandeau imprégné d'une matière puriforme ; l'examen des paupières, quand elles seront rouges et très-tuméfiées, en dira davantage, et l'on pourra dès lors porter un mauvais pronostic. Il y a peu d'exceptions à ce que nous venons de dire.

Voici ce qui a été noté lorsque l'inflammation s'emparait de l'œil après l'opération. Presque toujours, comme nous venons de le dire, lorsque le bandeau était ôté pour la première fois, tous les accidents étaient déclarés. Cependant, dans deux cas, il n'en a pas été ainsi. Chez le premier malade, l'œil était encore en fort bon état le septième jour, et la vue était très-distincte; au huitième, un peu de suffusion de la cornée; au onzième, tuméfaction des paupières, chémosis, cornée couverte de pus et de fausses membranes, cécité complète. Chez le second individu, ce n'est que quinze jours après l'opération que le lambeau devient opaque, qu'une pseudo-membrane se forme au milieu de la pupille, avec un chémosis considérable.

Les accidents inflammatoires qui suivent l'extraction sont, en général, bien plus effrayants que ceux qui se développent après l'opération de l'abaissement, quoiqu'ils aient dans les deux cas le même résultat, la cécité. Dans la première, ils sont pour ainsi dire superficiels, et apparaissent plutôt à l'extérieur que dans la seconde, qui se termine plus souvent par des ophthalmies internes, des iritis graves, la formation de pseudo-membranes dans le champ de la pupille, etc. En général, dans l'extraction, c'est surtout la cornée qui est exposée à l'inflammation ; c'est sur elle, en effet, qu'ont lieu les principales manœuvres de l'opération ; la kératite, qui en est la conséquence, peut être facilement combattue

lorsqu'elle existe seule. Mais le plus souvent le lambeau est repoussé en avant, une fausse membrane se développe sur ses deux faces, s'étend dans la chambre antérieure; la conjonctive s'enflamme, rougit, s'injecte, se tuméfie, forme un énorme bourrelet fongueux, qui soulève la paupière; dans son centre, on aperçoit à peine la cornée qu'elle recouvre. Celle-ci est opaque, couverte d'une couche de pus. Cet état dure un temps variable, à la suite duquel la paupière se détuméfie, l'œil s'affaisse et s'atrophie.

*Opération sur les animaux.* — Les lignes qui suivent sont la reproduction textuelle d'un article intitulé : *Une application du nouveau procédé Brogniez pour opérer la cataracte* (1), inséré dans le *Journal vétérinaire et agricole de Belgique*, I, 1842, p. 53 et suivantes :

« Il y a peu de temps encore (c'est de notoriété générale), l'opération de la cataracte semblait devoir toujours être pour nous une tentative aventureuse, sans précision possible, et conséquemment très-incertaine, à cause des obstacles qui s'opposent d'une part à la pénétration franche de nos instruments jusqu'à la lentille cristalline, et de l'autre, à ce que leur action puisse être invariable; enfin, on croyait bien épuisés tous les moyens possibles d'exécuter cette opération délicate sur les animaux domestiques.

« Parmi les difficultés qui contrariaient ainsi l'exécution de cette manœuvre chirurgicale, on

---

(1) Voir la description de ce procédé, *Annales d'Oculistique*, vol. VIII, liv. 6.

doit principalement mettre en ligne de compte l'excessive mobilité de l'œil et la puissance contractile de ses muscles ; d'où doivent nécessairement résulter une rétraction violente de cet organe et l'élancement simultané, étendu et rapide du corps clignotant, etc.

« Mais nous n'entrerons dans aucun développement théorique à cet égard ; notre intention n'est que de marquer, en quelque sorte, un progrès récent par un premier exemple. Nous ajouterons pourtant que ce perfectionnement remarquable est bien moins compliqué que ce qui a été fait jusqu'ici pour arriver au même but. En un mot, ce nouvel avantage dont notre chirurgie est désormais en possession, est dû en grande partie, comme on va le voir, à un *ophthalmostat simple*, qui n'expose à aucun inconvénient et dont l'application est aussi prompte que sûre.

« Voici cette première observation, telle qu'elle a été recueillie par les élèves Clément (répétiteur) et Gréteurs, aux soins desquels le sujet était confié : nous ne changerons rien à la narration des jeunes rapporteurs :

« Obs. — *Opération de la cataracte pratiquée sur un cheval hongre, de race indigène, faisant le service de diligence, sous poil alezan foncé, à tous crins, âgé de neuf ans et de stature moyenne.*

» *État du sujet.* Cet animal, récemment guéri du farcin à la face, était atteint d'amaurose et de glaucôme du côté droit. L'œil gauche portait une cataracte laiteuse. Le cristallin d'un blanc mat offrait à sa surface des points noirs de grandeur variable et dus probablement à l'humeur uvée détachée de la face postérieure de l'iris ; la pupille était fortement dilatée et complète-

ment immobile, ce qui faisait craindre la paralysie de la rétine.

« *Traitement*. Le 20 février 1842, le cheval est abattu et solidement fixé. M. Brogniez, professeur de médecine opératoire opère conformément aux principes exposés dans son *Traité de chirurgie vétérinaire* pour la dépression du cristallin par scléroticonyxis, le globe étant préalablement fixé au moyen du diaptateur oculaire de son invention (1), le cristallin est culbuté dans le fond de la chambre postérieure, de sorte qu'aussitôt il est facile de distinguer le fond de l'œil. Malgré l'adhérence de l'organe, il est promptement déchatonné, car l'opération ne dure guère que deux minutes.

« L'animal relevé est remis à sa place et tenu au régime blanc; un cataplasme composé de farine de lin très-fine et d'eau fraîche est immédiatement appliqué sur l'œil opéré; le tout est recouvert par le diophthalme. On arrose l'œil de demi-heure en demi-heure avec de l'eau froide.

« Durant la journée, le sujet est calme, le pouls n'a pas changé; il n'y a pas d'apparence de réaction.

« 2e *jour*. Le lendemain, 21 février, les paupières légèrement gonflées ferment à peu près l'œil; la joue gauche, à peine guérie du farcin dont elle était le siége, est tuméfiée. Le cataplasme est renouvelé et arrosé comme la veille; l'appareil protecteur est réappliqué. L'animal n'est plus attaché; il est laissé libre dans une stalle et reçoit la demi-ration. Il cherche cependant encore à se débarrasser du diophthalme qui, trop petit

---

(1) Voir le dessin de cet instrument, *Annales d'Oculistique*, vol. VIII, planche 1, fig.

pour le volume de la tête, porte et presse sur la crête zygomatique.

« 3e *jour*. Le 22, la joue est toujours tuméfiée ; l'œil opéré est toujours enflammé. Un nouveau cataplasme est appliqué sur la partie malade, et la joue est recouverte d'onguent populeum.

« 4e *jour*. Le 23, l'état de l'animal est à peu près le même que le jour précédent. Même traitement. Ration pleine.

« 5e *jour*. Le 24, à la levée de l'appareil de pansement, les paupières s'écartent assez pour laisser voir jusque dans le fond de l'œil, à travers la cornée et les humeurs. Les paupières ne sont plus gonflées ; un peu de chassie purulente existe vers l'angle nasal. L'engorgement inflammatoire de la joue diminue. — Le cataplasme est encore renouvelé et arrosé de temps en temps avec de l'eau fraîche et de l'eau de roses. Une nouvelle couche d'onguent populeum est appliquée sur la joue enflée.

« 6e *jour*. Le 25, le cristallin a quitté le fond de la chambre postérieure ; il est remonté et se voit en grande partie ; mais son volume paraît plus petit qu'avant l'opération ; sa couleur est devenue d'un jaune-verdâtre et sa surface plus rugueuse. L'engorgement de la joue a notablement diminué. — Le cataplasme est remplacé par un bandage matelassé que l'on humecte de temps en temps avec de l'eau froide ; et trois fois par jour, on lave bien doucement l'œil avec de l'eau de roses pure.

« 9e *jour*. Ce traitement est continué jusqu'au 28. A cette époque, la cornée lucide et l'humeur aqueuse ont leur parfaite diaphanéité ; la pupille est rétrécie, le cristallin a diminué de volume, il a changé de couleur ; il devient de plus en plus rugueux ; on ne met plus d'appareil.

« 12e *jour*. Le 3 mars, l'animal quitte les hôpitaux de l'école pour aller reprendre son service.

« Enfin le 12 mars, 21e jour après l'opération, nous sommes allés visiter l'animal et nous avons observé que le cristallin remonté a un reflet encore plus verdâtre, que son volume est beaucoup moindre qu'avant son départ, et qu'outre cela, sa surface est très-rugueuse et comme floconneuse.

« On peut conclure de cette simple tentative :

« 1° Qu'il est très-facile maintenant d'opérer la cataracte et d'empêcher le développement d'une réaction.

« 2° Enfin, que l'on peut espérer de réussir comme chez l'homme, lorsqu'il y aura absence de complication concomitante. »

M. Brogniez a consigné dans le même journal (n° 3, p. 358 et suiv.) un nouveau fait. Cette fois, l'opération a été pratiquée sur les deux yeux. Ce sujet, comme celui dont il a été parlé ci-dessus, n'était ni sain, ni préparé, ni placé dans des circonstances hygiéniques convenables : c'est ce dont il faut tenir compte.

Laissons parler M. Brogniez :

« Le cheval qui fait le sujet de ces observations, sous poil bai-brun, hongre, âgé de douze à treize ans, était affecté de morve et provenait du régiment des Guides. Ses yeux étaient beaux, proéminents et d'une diaphanéité parfaite.

Le 25 avril 1842, à neuf heures du matin, le sujet étant abattu et la tête fermement fixée, fut opéré de la cataracte par abaissement à l'œil gauche (scleroticonyxis); après l'opération qui a duré moins de 3 minutes, le cheval se releva, fut saigné à la jugulaire, coiffé du diophthalme et remis ensuite à son écurie. Des lotions d'eau

froide souvent répétées sont faites sur l'œil jusqu'à midi, époque à laquelle on remarque que les paupières sont à demi-fermées ; un bandage matelassé est appliqué et souvent humecté d'eau froide.

« 2e jour, le 26, le pouls est un peu accéléré, l'humeur aqueuse est un peu trouble et il y a un faible nuage. On continue les ablutions d'eau froide.

« 3e jour, le 27, le pouls est à l'état normal, lenuage a disparu ; mais on aperçoit dans la chambre antérieure de l'œil une matière blanche, d'aspect floconneux et partant de la petite circonférence de l'iris ; ce petit corps, qui paraît être attaché aux grains de suie, s'étend jusqu'au-dessus du milieu de la pupille, flotte dans l'humeur aqueuse comme un débris de rétine qui serait plongé dans un verre d'eau ; on remarque, en outre, qu'il jouit de légers mouvements d'oscillation, comme si c'était un entozoaire vivant. — Réapplication du bandage imprégné d'eau froide.

« 4e *jour*. Le 28, quatrième jour du traitement ; l'œil opéré est parfaitement transparent, le corps flottant existe toujours ; et les mouvements d'oscillation dont il jouit sont très-apercevables lorsque l'œil fait un léger mouvement dans l'orbite ; du reste, il n'empêche pas l'animal de voir parfaitement les objets qui l'entourent, ce dont on s'assure en appliquant le bandage sur l'œil non opéré ; l'animal abandonné à lui-même retourna au trot à son écurie, marchant seul dans les endroits les plus difficiles et en évitant très-adroitement une grande quantité de troncs d'arbres qu'il rencontra couchés par terre sur son chemin. Dès lors, on cessa tout traitement.

« 5e *jour*. Le 29, le flocon est beaucoup diminué ; le diophthalme est ôté.

« 6e *jour*. La portion de flocon qui flotte dans la chambre antérieure est encore diminuée. On s'assure une se-

conde fois que la vue n'est nullement troublée en employant le même moyen que précédemment ; l'animal voit aussi bien qu'avant l'opération, mais il ressent encore un certain prurit, car il cherche à se frotter l'œil sur les corps environnants : le diophthalme est donc replacé, pour empêcher tout frottement ultérieur.

« 7e *jour*. Le 1er mai, la production précitée semble se ramollir et se diviser; elle présente une petite ouverture dans son milieu et un filet en forme de queue, qui descend jusqu'à la partie inférieure de la cornée.

« 9e *jour*. Le 3, tout a presque disparu; l'œil est très-beau, le cheval est abattu et opéré de l'œil droit, ce qui fera le sujet de la seconde observation.

« 10e *jour*. Le 4, la concrétion n'existe plus que dans la chambre postérieure, elle a l'aspect d'une production blanchâtre, comme arborescente, elle simule assez bien la partie supérieure du cristallin, ou peut-être sa membrane épaissie, jusqu'au 8 (14e jour); elle reste stationnaire jusqu'au 19 juillet (c'est-à-dire pendant 55 jours), époque à laquelle on sacrifia l'animal.

« Examen autopsique de l'œil : la pupille, moyennement dilatée, était masquée inférieurement jusqu'aux deux tiers, par une membrane attachée d'une part à la partie postérieure de l'iris, et de l'autre, au bas du corps vitré; nous n'avons pu décider si c'était l'enveloppe du cristallin épaissie, ou si elle consistait dans une concrétion organisée. Quant à la lentille cristalline retrouvée dans le fond de la chambre postérieure, elle présentait un aspect floconneux, avait perdu la moitié de son volume, et son tissu était ramolli.

« La même opération pratiquée sur l'œil droit du même cheval, a duré plus de cinq minutes, ce qui fut causé par l'empressement de nombreux élèves qui m'entouraient, me gênaient dans mes mouvements et m'empê-

chaient de voir. Immédiatement après que l'animal fut relevé, on le saigna copieusement en lui coupant le tronçon de la queue, on appliqua le diophthalme et le bandage matelassé imbibé d'eau froide. Vers le soir le pouls présente de l'agitation, il y a une légère réaction.

« 2e *jour*. Le 3 mai, le pouls est revenu à son état naturel, il y a trouble de l'humeur aqueuse, conjonctivite assez forte. Eau froide.

« 3e *jour*. Le 4, le trouble de l'humeur aqueuse est beaucoup moins intense, l'eau froide est remplacée par un collyre composé d'eau de roses, de sous-acétate de plomb liquide, ana ℥ iv et de sulfate de zinc, gr. viij.

« 5e *jour*. Le 6, l'œil reprend sa transparence, mais il y a une forte infiltration de la conjonctive, surtout à la partie inférieure du globe. Le collyre est remplacé par une infusion de polygala de Virginie.

« 6e *jour*. Le 7, l'infiltration se prolonge jusqu'au milieu de la cornée transparente; il y a en outre hypolympha.

« 8e *jour*. Le 9, l'infiltration a gagné en hauteur: séton à l'encolure, lotions avec l'infusion de polygala de Virginie.

« 10e *jour*. Le 11, l'œil présente un aspect rougeâtre; frictions d'onguent mercuriel double au pourtour de l'œil; le séton est animé avec le savon noir et le poivre.

« 11e *jour*. Le 12, l'iritis est encore plus intense: application de douze sangsues; après cette déplétion sanguine, on recouvre l'œil d'un bon cataplasme de farine de lin, préparé à l'eau froide.

« 13e *jour*. Le 14, nouvelle application de sangsues.

« 15e *jour*. Le 16, il n'y a pas d'amélioration; la peau qui récouvre le séton s'enlève, on en pose un autre à côté. Administration du sulfate de soude ℥ IV, — cataplasmes.

« 18e *jour*. L'inflammation est diminuée; nouvelle administration de sulfate de soude à la même dose, l'œil est lavé avec de l'eau de roses; une compresse imbibée de la même liqueur y est appliquée; le séton est animé, et on en pose un second.

« 26e *jour*. La cornée recouvre sa transparence, on ne remarque plus qu'un précipité jaune dans le fond de la chambre antérieure. On ôte le bandage.

« 32e *jour*. Instillation dans l'œil de quelques gouttes d'extrait d'opium dissous dans l'eau (1).

« Le lendemain et le surlendemain on fait deux instillations.

« 35e *jour*. Le dépôt jaunâtre paraît être diminué; il y a beaucoup moins de sensibilité. On ajoute, par once d'extrait aqueux d'opium, du nitrate d'argent fondu gr. IV.

« Le 36e *jour*. Deux instillations.

« 39e *jour*. On applique une légère couche d'onguent mercuriel double sur les paupières. On continue ce traitement jusqu'au 50e jour. Enfin on essaya encore infructueusement la pommade d'hydriodate de potasse; l'œil était beaucoup diminué de volume et la faculté de voir était complétement perdue.

« A l'autopsie on a trouvé que la cornée, rétrécie dans la proportion de la diminution de volume de tout l'organe, ne présentait pas de lésions remarquables, si ce n'est

---

(1) Pour lancer ces instillations dans l'œil, on se sert d'un petit pinceau d'étoupe ayant un manche assez flexible pour faire ressort et frapper un des arceaux du diophthalme, exactement comme on agit avec une plume à écrire sur le bas d'une table, lorsqu'on veut faire jaillir l'encre dont le bec est chargé. (*Note de M. Brogniez.*)

l'opacité et surtout à la partie inférieure, que l'on observait pendant la vie. Le cristallin était remonté à sa place; il était réduit à une petite masse pâteuse, de couleur jaunâtre; le corps hyaloïde avait complétement disparu et était remplacé par un liquide de couleur citrine. »

« Nous pensons, continue M. Brogniez, que la non-réussite de cette expérience tient à trois causes principales : d'abord l'état malsain de l'animal, puis l'opération elle-même qui ne fut pas aussi bien pratiquée que sur l'œil gauche, et enfin les excitants et les toniques, qui ont été appliqués trop tôt; ce qui rend surtout les deux dernières suppositions bien plausibles, c'est que les deux expériences ont été tentées sur le même individu et que les résultats furent diamétralement opposés.

« Quoi qu'il en soit, nous avons maintenant la preuve acquise : que l'on peut fixer le globe oculaire et rendre l'opération de la cataracte facile ; que les animaux doivent être sains, préparés d'avance et soumis à un traitement convenable et rationnel ; que la réascension du cristallin a souvent lieu après l'abaissement; que l'extraction nous paraît préférable à cette dernière méthode opératoire chez les sujets âgés, attendu que leur cristallin, étant alors plus solide, conséquemment plus difficile, si pas impossible à absorber, est un véritable corps étranger, placé en permanence dans le fond de la coque oculaire; que les kératotômes, employés en oculistique humaine, nous conviennent beaucoup moins qu'un instrument dont la lame est mue au moyen d'un ressort, en décrivant avec rapidité un mouvement circulaire; qu'il n'est pas rare de trouver le cristallin, devenu opaque, dans la chambre antérieure, circonstance qui rend l'extraction prompte et facile; que l'exsudation plastique vient quelquefois

obturer la pupille, après l'opération ; qu'il peut exister une tendance extraordinaire à la formation de fausses membranes dans l'œil, qui empêchent alors les rayons lumineux de franchir l'ouverture pupillaire ; que l'on peut réopérer plusieurs fois successivement dans les cas de récidive ; que l'hypolympha peut être promptement combattu chez les chevaux mous, par l'usage de l'infusion de polygala de Virginie, par des frictions d'onguent mercuriel au pourtour de l'œil et sur les paupières, enfin par l'usage des purgatifs ; que les sujets d'un tempérament lymphatique très-prononcé ne ressentent que peu ou pas de prurit à l'œil opéré, tandis que les chevaux, doués d'une autre constitution, mettent toujours leur diophthalme à l'épreuve contre tout ce qui les entoure.

« Déclarons, en terminant, que nous n'attachons pas à ces données générales plus d'importance qu'elles n'en méritent pour le moment ; il faut maintenant que les nouvelles expériences auxquelles nous nous livrerons, et les observations que d'autres vétérinaires pourront recueillir, fixent leur valeur et leur degré de certitude, tout en nous apprenant à la fois probablement beaucoup de choses curieuses que nous ignorons encore. »

*i.) Guérison par l'emploi du galvanisme.*— Ce qui suit est extrait de la *Gazette médicale de Paris :*

Des tentatives ont été faites à Saint-Pétersbourg, et plus tard en Bavière, avec le galvanisme pour connaître son action sur les différentes parties du globe de l'œil (*Gaz. méd.*, p. 776, 1841). M. Neumann nous donne aujourd'hui trois observations où il a expérimenté cet agent sur des yeux cataractés ; quoique le résultat qu'il a obtenu ne soit pas encore

brillant, il est cependant de nature à laisser beaucoup d'espoir ; nous les rapportons pour servir de guide à ceux qui seraient tentés de faire les mêmes expériences.

Obs. I.—Aug. Patz, de Collub, âgé de 10 ans, est affecté depuis un temps indéterminé à l'œil droit d'une adhérence complète de l'iris avec le cristallin opaque; l'instillation d'une forte dissolution d'extrait de belladone dilatait la pupille à peine du diamètre d'une tête d'épingle et laissait voir le cristallin sous forme d'un corps jaune crétacé et comme couvert de masses. La cornée, au contraire, était saine et nullement adhérente à l'iris; il en est de même de la sclérotique, et d'autres parties de l'œil. Le malade ne pouvait pas distinguer le jour de la nuit. L'œil gauche était affecté de la même maladie; mais il distinguait encore des objets très-volumineux. Une foule de moyens ont été employés inutilement. L'œil droit seulement fut soumis au galvanisme; à cet effet, on se servit de deux plaques de 2 pouces carrés, l'une en zinc et l'autre en cuivre, qu'on plaça dans un godet de verre et qu'on couvrit d'acide sulfurique très-étendu d'eau. De la plaque de zinc, on fit passer un fil de fer dans la bouche du malade, et un autre fil de fer partant de la plaque de cuivre fut ajusté sur une aiguille à cataracte, dont on fourra le manche dans un tube de verre pour l'isoler de la main de l'opérateur; et on pénétra avec la pointe de l'aiguille à travers le milieu de la cornée jusqu'au centre du cristallin opaque. Le malade éprouva beaucoup de douleur, et s'efforça d'abord de tourner l'œil en haut, mais bientôt l'organe resta en repos, laissa agir sur lui le courant galvanique à peu près pendant une minute, après laquelle on vit se former des bulles de gaz mêlées à une humeur verdâtre s'échappant distinctement de l'intérienr du cristallin; en même temps

celui-ci disparut au fond de l'œil, et à sa place on ne vit plus qu'une masse verte-noirâtre, semblable à celle qu'on voit dans les yeux affectés de glaucôme. Comme les douleurs devinrent très-fortes, on retira l'aiguille; pendant deux jours on combattit la réaction inflammatoire par des fomentations froides et des remèdes laxatifs. Le quatrième jour, il n'y avait plus d'inflammation, nulle trace de la plaie de la cornée ; la pupille était aussi rétrécie qu'avant l'opération, laissait apercevoir la masse verdâtre mentionnée ci-dessus et plus profondément un peu du cristallin jaune. La cécité était complète. Il est probable qu'outre la cataracte l'œil était encore affecté de glaucôme.

Obs. II. — Barbara Schmuhl, de Sierps (en Pologne), âgée de 30 ans, fut opérée aux deux yeux de la cataracte à Varsovie. L'œil droit récupéra la vue ; mais avec l'œil gauche la malade distinguait à peine le jour d'avec la nuit ; elle consulta à ce sujet M. Neumann, qui instilla l'extrait de belladone dans cet œil gauche ; la pupille se dilata un peu et prit une forme semi-elliptique et semi-anguleuse. Au fond, l'on apercevait des fragments de la cataracte adhérant à l'uvée et ressemblant à des morceaux de minerai. On soumit l'œil gauche au galvanisme; à cet effet, on fit une pile avec deux plaques de cuivre et deux de zinc, chacune de 2 pouces de diamètre ; et entre les deux couples on plaça un morceau de flanelle, et on les humecta avec de l'acide sulfurique étendu. Deux fils de fer partirent des deux pôles : celui de cuivre fut mis dans la bouche de la malade, et celui de zinc fut mis en communication avec le cristallin au moyen du procédé décrit dans la première observation. A peine la pile se trouva-t-elle en action pendant une minute, que des débris de cataracte se séparèrent et laissèrent voir une zône noire entre eux ; mais comme la malade commençait à se

plaindre de céphalalgie, on cessa l'opération. Des sangsues, des purgatifs et des fomentations froides sur le front calmèrent l'irritation cérébrale qui s'était déclarée immédiatement après l'emploi du galvanisme. Le cinquième jour, on découvrit l'œil, la malade reconnut, en regardant à travers la zône, des objets de petite dimension, tels que des doigts, et retourna dans ses foyers, assez contente de son état pour ne pas demander un second essai de galvanisme.

Obs. III. — Mlle Rosalie de Mæzkiewicz, de Samplawa, près de Lœbau, perdit presque complétement la vue à l'âge de 4 ans par la variole ; elle a actuellement 22 ans, et s'est déjà adressée à beaucoup de médecins qui ont employé une foule de moyens sans succès. M. Neumann lui-même fut consulté par elle et l'avait renvoyée comme incurable ; alors il ne connaissait pas encore l'emploi qu'on peut faire du galvanisme sur les yeux. L'état de la malade était le suivant : le globe droit était si volumineux qu'à peine pouvait-il être couvert par les paupières ; les vaisseaux de la conjonctive étaient considérablement dilatés, et de gros rameaux s'étendaient transversalement par-dessus la cornée, d'un angle de l'œil à l'autre. On ne pouvait pas distinguer la cornée de la sclérotique, et tout le segment antérieur du bulbe présentait l'aspect d'une vessie bleu foncé, marbrée de blanc, surtout à l'endroit où aurait dû être la cornée transparente. Il existait donc une espèce de staphylome de la cornée avec augmentation du volume de tout le globe de l'œil. La malade pouvait encore distinguer avec cet œil le jour de la nuit et reconnaître le contour de corps très-volumineux ; ce reste de perceptibilité de la lumière était dû à une petite portion de la cornée restée transparente, du diamètre d'une tête d'épingle. L'œil gauche affecté de la même manière que le droit, était moins vo-

lumineux ; mais présentait une cornée plus complétement opaque; aussi la cécité y était-elle si complète que la lumière la plus vive n'était pas aperçue. On fit agir une pile de trois couples; l'un des fils fut placé dans la bouche et l'autre toucha légèrement la cornée. Des larmes abondantes furent sécrétées et tombèrent sur la joue; autour du fil de fer se développèrent des bulles de gaz qui formèrent une véritable écume. Les vaisseaux du globe parurent plus pleins de sang, et il se déclara de la douleur. L'opération fut immédiatement arrêtée.

Pendant un mois, cette expérience fut répétée une et souvent deux fois par jour. Le globe droit a considérablement diminué de volume, et peut facilement être recouvert par les paupières. Les taches crétacées de la cornée sont sensiblement éclaircies, et quelques-unes ont même entièrement disparu; la vue s'est rétablie au point de pouvoir distinguer de petits objets, et la malade peut même coudre et enfiler des aiguilles. Les taches de l'œil gauche sont toutes plus claires, et la perception de la lumière, qui était nulle, est telle aujourd'hui, que la malade voit la flamme d'une chandelle. Le traitement est continué.

Ces observations sont suivies de quelques remarques :

1° L'emploi du galvanisme contre les maladies organiques des yeux demande beaucoup de précautions. Il faut surtout s'assurer que le courant électrique est réellement établi, avant d'en faire usage.

2° La pile doit être tenue avec une grande propreté et être mise en action pendant quelques minutes avant de l'appliquer sur le malade.

3° Les adhérences de la cataracte avec l'iris et les opacités de la cornée sont les affections pour

lesquelles le galvanisme est le plus souvent indiqué.

4° L'action du galvanisme est d'autant plus efficace qu'il est mieux supporté.

5° Aussitôt que la douleur de l'œil survient, il faut cesser l'opération, pour ne pas occasionner d'inflammation.

6° Avec un couple de 2 pouces de diamètre, le courant est déjà sensible ; avec deux couples, il est plus fort ; pourtant, il est encore supporté par presque tous les malades ; il n'en est pas de même d'une pile de trois couples qui provoquent facilement une inflammation.

M. Strauch, de Saint-Pétersbourg (*Jour. für Chirurgie und Augenkeilkunde*, 1842, p. 1-9), s'est aussi livré à des recherches sur le galvanisme mis en usage contre la cataracte ; il conclut de ses observations et de celles de MM. Crusel, Neumann, etc. :

1° Que les succès attribués à l'action du galvanisme sont très-problématiques, en ce que l'introduction répétée des aiguilles aurait seule suffi pour produire la division du cristallin et sa résorption par l'humeur aqueuse ;

2° Que ces essais ne sont rien moins qu'innocents, car ils ont été suivis quelquefois d'inflammations très-inquiétantes, et enfin ;

3° Que le galvanisme ajouté à l'introduction de l'aiguille ne fait que compliquer cette dernière opération.

Malgré ces conclusions, M. Strauch n'ose pas rejeter complétement l'utilité du galvanisme, et croit devoir placer son emploi parmi les opérations préparatoires de la cataracte.

*k.) Cataracte capsulaire secondaire.*—M. Bax, chirurgien et accoucheur à Rotterdam, a publié dans

la *Nederlandsch Lancet* (novembre, pag. 275), un long mémoire sur la cataracte secondaire. Il résume ses observations dans les propositions suivantes :

1° L'emploi de l'iode, combiné avec l'usage des moyens externes appropriés, d'un traitement dérivatif et d'une diète convenable, est un puissant moyen contre la cataracte secondaire ; il doit être administré selon les indications de la pathologie et de la thérapeutique.

2° Après le broiement, l'iode sert très-bien à hâter la résorption du cristallin et aide l'action des moyens externes.

3° Ce moyen rendra sans doute de bons services dans la cataracte commençante, surtout dans celles bornées à la capsule ; mais il faudra préalablement combattre l'inflammation qui pourrait exister, par les moyens antiphlogistiques connus, l'iode pouvant sans cela nuire par ses propriétés excitantes ; c'est pour cette raison qu'il ne faut pas passer à l'usage de cet *heroïcum* trop tôt après une opération.

4° L'iode, comme tous les moyens thérapeutiques employés jusqu'à ce jour, paraît sans effet dans la cataracte mûre cristalline ; peut-être cependant que si on le continuait assez longtemps et à plus fortes doses, et qu'on le combinât avec d'autres moyens, il fournirait des résultats plus satisfaisants.

Pour se conformer au désir exprimé par M. d'Ammon dans le premier numéro de 1842 du *Journal für Chirurgie und Augenheikunde*, les *Annales d'Oculistique* ont mis au concours, pour 1842-43, la question suivante :

*Faire l'histoire de la cataracte capsulaire se*

*condaire. Décrire ses variétés, ses causes et les meilleurs procédés pour la détruire.*

19. *Glaucôme.*—M. Sichel a terminé la publication de son mémoire du glaucôme (*Annales d'Oculistique*, VI, VII et VIII) commencée l'an dernier. Les longues et minutieuses recherches historiques et bibliographiques auxquelles il s'est livré, les faits cliniques qu'il y a exposés, font de cette monographie le travail le plus approfondi qui ait paru dans ces dernières années.

20. *Hémophthalmie.*—Le mémoire de M. Béger, couronné en 1839 par les *Annales d'Oculistique et de Gynécologie*, vient d'être mis en vente; il forme la première livraison de *Sammlung gekroenter ophthalmologische Preisschriften* de M. Cunier.

21. *Cancer et mélanose de l'œil.*— Un médecin grec, le docteur S. Archigenes, rend compte (*Gaz. des Hôpitaux*, 24 novembre) de deux opérations d'extirpation de l'œil, pratiquées par M. Desmarres, l'une pour un œil squirrheux, chez un enfant de deux ans, l'autre pour un œil mélanique, renfermant de la matière encéphaloïde; ce dernier sujet était âgé de quarante-cinq ans.

22. *Végétation fongueuse dans la chambre de l'œil, espèce de conserve, retirée au moyen de la ponction de la cornée.* — Cette observation est rapportée par M. Helmbrecht, de Brunswick (*Casper's Wochenschrift*, 1842); on ne sait ce qui doit étonner le plus, de la nature, du diagnostic du mal, ou du résultat thérapeutique.

Obs. — H., pasteur, âgé de 42 ans, bien constitué, de complexion sèche, éprouva, il y a 7 à 8 ans, des douleurs rhumatismales aux deux yeux. Elles furent combattues avec succès, mais laissèrent à leur suite un

larmoiement incommode et une grande sensibilité à la lumière. Ces symptômes cédèrent à l'emploi des diurétiques et des douches froides sur les yeux.

Quelque temps après, H., se livrant beaucoup à la lecture, s'aperçut tout à coup d'un trouble dans la vision avec des stries rapportées dans son œil gauche. Ces symptômes, qui disparurent par l'usage des bains de pieds et des douches froides, furent suivis de nouveau de larmoiement et de mouches volantes.

Le malade ayant renoncé à la lecture, ses yeux s'améliorèrent d'une manière notable; mais cet état ne dura pas longtemps; tout à coup parurent des figures flottantes et à formes invariables dans l'œil gauche, et des mouches volantes, irrégulières dans le droit; ces dernières se dissipèrent peu à peu; tandis que les figures dans l'œil gauche persistèrent et prirent toutes sortes de positions, selon la direction dans laquelle le malade fixait ses regards, à tel point qu'il pouvait retrouver les mêmes formes à volonté. Lorsque H. se présenta, en février, chez le médecin, celui-ci trouva la cornée, l'iris et la pupille à l'état normal, la conjonctive légèrement injectée, la vue plus ou moins troublée selon le dégré de rougeur. L'œil droit était complétement sain. Les figures flottantes, dont le malade se plaignait depuis fort longtemps, avaient, selon lui, la figure d'un chapelet, étaient bifurquées, se perdant çà et là dans de petits nuages et se ramifiant en de nouvelles séries de globules. Le malade traça même sur du papier le dessin de ce qu'il voyait dans son œil, et la suite de l'observation fera voir que ce dessin était conforme à un produit étranger qui a été retiré plus tard de l'œil. Selon le degré de clarté du lieu où il se trouvait, les contours des figures lui paraissaient plus ou moins nets; parfois le tronc des rameaux du chapelet semblait fixé au bord du champ de la vision,

et lorsque parfois le malade percutait l'œil avec le doigt les figures s'effaçaient complètement.

Deux ans auparavant, H. était presbyte ; depuis lors il était devenu myope par augmentation de la convexité de la cornée.

M. Helmbrecht appela en consultation son ami et collègue, M. le docteur Klenke, qui s'occupe beaucoup de recherches microscopiques ; ils s'accordèrent à admettre que les figures vues par le malade consistaient dans une végétation, analogue à une conferve, flottante dans l'humeur aqueuse, et en placèrent le siége dans la chambre postérieure, puisqu'à l'examen, même de la loupe, ils ne pouvaient rien découvrir dans la chambre antérieure. Un traitement antiphlogistique diurétique et altérant resta sans succès.

Vers le milieu du mois de mars, le malade fit une chute de voiture et reçut une blessure au bord externe de l'orbite gauche. M. Helmbrecht entretint cette plaie en suppuration pour servir d'exutoire. Jusqu'à cessation de l'inflammation, l'œil a été couvert d'une large compresse; à la première levée de celle-ci, le malade fut surpris de voir que la figure dans son œil s'était partagée en deux, flottait librement et n'adhérait plus à son pédicule latéral. La plaie fermée au bout de quelque temps fut remplacée par un cautère au bras; de plus, l'iode déjà administré depuis longtemps, fut continué.

La maladie restant toujours dans le même état, en ce que les deux corps flottants dans l'œil gauche continuaient à obscurcir la vue, M. Helmbrecht et son collègue, osèrent faire la ponction de la cornée pour donner issue à l'humeur aqueuse et entraîner le corps étranger qui probablement avait été détaché de son point d'insertion lors de la chute du malade. L'opération fut pratiquée au commencement d'avril. Avec le couteau à cata-

tracte de Beer, on incisa la cornée à sa portion inférieure à une demi-ligne de la sclérotique dans une étendue de 2 lignes; l'humeur aqueuse s'écoula et on la recueillit dans un petit vase. Pendant que M. Helmbrecht pansait le malade, M. Klencke examina aussitôt sous le grand microscope de Schick l'humeur aqueuse, et y trouva, avec un grossissement de 250 fois le diamètre, une végétation ramifiée, en tout conforme au dessin qu'en avait donné le malade. Celui-ci fut complètement guéri.

23. *Entozoaires de l'œil.*—Un cysticerque celluleux a été trouvé sous la conjonctive par M. Cunier (*Annales d'Oculistique*, vol. VI, p. 271).

M. Verheyen a publié, dans le *Journal vétérinaire et agricole de Belgique*, n° 1, la traduction d'un mémoire hollandais de M. Numann sur les entozoaires de l'œil. C'est une monographie complète qui sera consultée avec fruit.

24. *Mouches volantes.*—M. F. C. Faye (*Haeser's Repertorium.* — *Schmidt's Jahrbücher*, XXXIV, p. 97), affecté de scotomes, croit en trouver la cause dans la présence d'entozoaires dans l'œil. C'est là l'avis de M. de Nordmann. M. Faye exprime le vœu que l'on s'occupe de l'examen microscopique de l'humeur aqueuse.

Pour M. Wighand (*London medical Gazette*, XXVII, p. 719, et *ibidem*, p. 97), les mouches volantes seraient dues à une opacité (*opacity*) de l'humeur lacrymale; il les combat par un collyre de 1 grain *chininum sulphur.*, dissous dans 3 onces d'eau. Il prétend avoir retiré toujours d'heureux résultats de l'emploi de ce moyen.

M. Neuber a écrit, dans les *Pfaff's Mittheil.* V, p. 11 et 12, quelques pages pour chercher à expliquer la cause des mouches volantes dont il

se trouve affecté ; il arrive à cette conclusion qu'une modification dans la composition de l'humeur aqueuse doit y avoir donné naissance. Il nous a été impossible de suivre l'auteur dans les détails excessivement étendus où il est entré.

M. le docteur Sotteau a publié dans les *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1842, p. 49, un long mémoire ayant pour titre : *Recherches sur les apparences visuelles sans objet extérieur, connues sous le nom vulgaire de mouches volantes*. L'auteur, après s'être livré à de nombreuses recherches sur le siége, la nature, les caractères et les causes de cette affection, en expose le traitement en ces termes :

« Lorsque les mouches volantes n'occasionnent qu'une simple gêne dans la vue, nous pensons qu'elles n'exigent aucun traitement. Lorsqu'elles prennent un degré d'accroissement qui les rend plus incommodes que d'ordinaire, il faut rechercher si cette circonstance ne coïncide pas avec un état d'excitation des nerfs en général, surtout du système nerveux ganglionaire, qui exerce la plus grande sympathie sur la sensibilité de la rétine. Il faudrait, dans ces cas, employer des moyens propres à ramener le système nerveux à son état normal. Ce traitement suffit généralement pour réduire les mouches à leur plus simple expression. Notez aussi qu'on les rend beaucoup moins apparentes en faisant usage de conservatifs à verres colorés, qui forcent la pupille à se dilater en diminuant l'intensité de la lumière...... Si la myodésopsie avait occasionné la cécité et qu'il n'y eût aucun doute à ce sujet, surtout si le médecin était bien convaincu que le siége de l'affection fût dans l'humeur de Morgagni, il faudrait faire l'opération de la cataracte par extrac-

tion. Il suffirait de faire écouler l'humeur aqueuse si elle servait de véhicule aux globules. L'opinion que nous avons émise à ce sujet, nous fait un devoir de recommander d'employer d'abord ce dernier moyen, qui, d'ailleurs, n'empêche pas de recourir au premier, en cas de non réussite.

« Si, au contraire, les cellules du corps vitré étaient le siége de la cause de la cécité, elle devrait être regardée comme incurable. »

25. *Amaurose.* — La note suivante sur la fréquence de l'amaurose chez les brodeuses de Nancy, a été lue par M. Carron du Villards à la Société académique de cette ville, dans sa séance de janvier 1842. Nous la reproduisons avec d'autant plus d'empressement que ce qui est dit pour les brodeuses de Nancy est aussi vrai pour les dentellières et les brodeuses de Bruxelles :

« Chaque profession a ses affections oculaires spéciales ou privilégiées. Ainsi, les bombeurs de verre, les tailleurs de pierre, de cristaux, de diamants, de pierre meulière, de pierre à fusil, les aiguiseurs, remouleurs, couteliers, fourbisseurs, les fabricants de compas, de burins, de ressorts, les tourneurs sur métaux, sur albâtre, etc., sont sujets aux blessures de l'œil et de ses annexes, aux cécités résultat direct ou bien indirect des lésions traumatiques. Les tanneurs, corroyeurs, écarisseurs, boyaudiers, les fabricants de cordes de violons, de poudrette, de colle, de parchemin, les paussiers, les tendeurs de peau, les chamoiseurs, sont plus que tous autres affectés d'ophthalmies purulentes simples, miasmatiques, et souvent de *nature charbonneuse.*

« Les verriers, les chaufourniers, les forgerons, fondeurs, chauffeurs de machines, les vignerons, les mineurs,

les fabricants de produits chimiques, sont très-souvent atteints de *cataracte*.

« Parmi les imprimeurs, les fondeurs de caractères d'imprimerie, les clicheurs et stéréotypeurs, les fabricants de céruse, les plombiers, les soudeurs de tubes, les étameurs de glace, les tailleurs d'habits, les cordonniers et les brodeuses, l'on rencontre surtout des gouttes-sereines. C'est pour arriver à la fréquence de l'amaurose chez les brodeuses que je vous ai esquissé à la hâte l'influence professionnelle sur quelques maladies de l'œil. Il faut bien tenir compte de cette influence, car si l'on partait des faits observés à Nancy, quant à la fréquence de l'amaurose sur les jeunes femmes de 15 à 35 ans, pour faire des tables générales de statistique, l'on tomberait, relativement aux masses, dans de grandes erreurs. Car l'on établirait en thèse générale ce qui n'est qu'un fait propre au département de la Meurthe en général, et à la ville de Nancy en particulier. L'on avancerait un fait que détruiraient immédiatement les nombres tirés d'un autre département, celui du Cher par exemple, où l'amaurose est très-rare, même chez les femmes de 15 à 35 ans. A Nancy et à St-Quentin, les affections amaurotiques dérivent non seulement de la nature du travail, mais encore de la manière dont on l'exécute.

« A Nancy comme à St-Quentin, la plupart des travaux de broderie *se font par entreprise*. Les ouvrières sont alors obligées pour gagner un *mince salaire* de commencer leur travail à 7 heures et demi du matin et de le prolonger dans la nuit. Elles entrent le matin dans des ateliers souvent mal éclairés, plus mal chauffés encore, dans lesquels l'air est rarement renouvelé d'une manière convenable. La plupart des ouvrières contractent l'habitude de travailler la tête inclinée; l'ancienne manière de travailler sur des rouleaux ou cilindres est tombée en dé-

suétude, et l'on préfère compromettre les yeux en travaillant sur les genoux.

« Voulons-nous de nouvelles causes accessoires : nous les trouvons dans la mauvaise nourriture, dans la chlorose dont la fréquence a sans doute fait surgir l'agent curatif natif, dit la boule de Nancy. Si la chlorose engendre ou provoque la *goutte sereine* dans les autres professions, à plus forte raison faut-il l'admettre chez les brodeuses.

J'ai constaté avec effroi et une profonde douleur ces faits divers. Je me suis demandé s'il n'y aurait aucun moyen à employer pour prévenir un mal qui met tant de gens à la charge de la charité publique, lorsque la maladie qui nous occupe a envahi les deux yeux, et les rend incapables de gagner leur subsistance. Cette recherche sera l'objet d'une prochaine communication.

Parlons maintenant en général des symptômes amaurotiques observés sur les brodeuses. Sur plus de soixante femmes de 15 à 35 ans, la maladie a toujours débuté par des maux de tête qui apparaissaient à chaque excès de travail. Alors celui-ci devenait impossible en raison de la surexcitation de l'œil et de la photophobie. Au début, le repos ramenait l'état normal des fonctions oculaires, mais la nécessité du travail rappelant les phénomènes morbides, la maladie prend la forme d'une rétinite sub-aiguë qui se termine plus tard par l'état torpide de l'organe. Mais avant d'arriver à cet état de faiblesse, la vue est en proie à une foule d'aberrations visuelles, lumineuses, obscures, fantastiques, qui fatiguent horriblement celles qui en sont atteintes.

Dans un article publié dans *Gazette médicale de Montpellier*, M. Le Calvé fait observer que l'amaurose est extrêmement fréquente dans le midi de la France, infiniment plus que dans le nord, où il

a été à même de l'observer, étant chef de la clinique ophthalmologique de M. Sichel. La fréquence de cette maladie s'explique par ce fait, que les maisons, en général, sont garnies de volets pleins, et qui sont constamment tenus fermés. Lorsque l'on entre dans un appartement, aussi bien chez le pauvre que chez le riche, en été surtout, on trouve ceux qui l'habitent plongés dans une obscurité complète ; et puis, quand on sort, on passe brusquement de l'obscurité à une vive lumière. C'est ce passage brusque de l'obscurité à une lumière vive et éclatante, qui est une des principales causes, et souvent la seule, de la fréquence de l'amaurose dans le midi de la France. Or, la connaissance de cette cause donne l'indication précise du traitement que l'on doit suivre pour obtenir la guérison de l'amaurose, qui est presque toujours curable à son début. Le meilleur, le seul moyen curatif, est de placer le malade dans des conditions hygiéniques tout à fait opposées à celles qui lui étaient habituelles. M. Le Calvé cite trois observations, entre un bien plus grand nombre, dans lesquelles cette seule précaution hygiénique a guéri en quelques mois des amauroses récentes, mais rebelles aux autres moyens de l'art. Il blâme les personnes affectées d'ophthalmie qui ont l'habitude de se tenir dans une obscurité complète, soit de leur propre mouvement, soit d'après les conseils qu'elles reçoivent ; souvent, dit-il, l'amaurose est la conséquence d'une telle pratique.

D'après M. le docteur Duval (*Jornal dá Sociedade de Sciencias medicas de Lisboa*, IX, nº III), la fréquence de l'amaurose, en Portugal, tiendrait à la prédominance des constitutions bilieuse et nerveuse, à la mauvaise alimentation de la basse classe,

à l'habitude qu'ont les paysans de porter de pesants fardeaux sur la tête, à l'exposition directe à la forte réflection de la lumière sur des murailles blanches, à l'abus des parfums. (*Oppenheim's Zeitschrift*, october, p. 333).

Le *Journal de la Société de médecine de Bordeaux*, septembre, p. 129, renferme un mémoire intitulé : *De l'une des causes les plus fréquentes de l'amaurose, et de son traitement*. D'après l'auteur, M. Brunet, l'amaurose reconnaît le plus souvent pour cause la lésion de l'une des branches de la cinquième paire de nerfs cérébraux. Dans ces cas, le traitement consiste surtout dans l'emploi du galvanisme.

M. le docteur Vallez a consigné, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une *observation d'amaurose consécutive à une lésion de la cinquième paire du côté gauche*.

On lit ce qui suit dans le compte-rendu de la séance du 6 septembre 1842, de l'Académie royale de médecine de Paris (*Encyclographie des sciences médicales*, septembre, p. 600) :

« M. Thillaye fait un rapport sur une nouvelle méthode pour le traitement de plusieurs maladies des yeux.

« Aucun régime particulier, aucun traitement pharmaceutique n'est requis dans cette méthode. Le point fondamental qui la constitue est d'assujettir tous les jours les malades à faire une lecture pendant plusieurs heures. A mesure que la vue s'améliore, on augmente la grandeur des caractères qu'on leur fait déchiffrer, ainsi que le diamètre des verres bi-convexes à travers lesquels ils doivent regarder. La durée du traitement est, terme moyen, de un à deux mois.

« Le mémoire de M. Fierens contient plusieurs observations de guérison d'amaurose. La même méthode est également applicable au traitement de la myopie et du strabisme. L'auteur l'indique aussi pour la cataracte commençante ; mais il avoue que quand ce moyen ne réussit pas à entraver la marche de l'affection, il a, au contraire, pour effet, de hâter ses progrès.

« Les considérations théoriques, dit M. le rapporteur, ne peuvent rien prouver contre des faits bien établis. En conséquence, quelque extraordinaires qu'ils nous paraissent, nous ne pouvons nier les résultats annoncés par l'auteur.

« Les conclusions sont de déposer ce travail aux archives.

« M. Nacquart. Il me semble qu'avant de formuler un jugement sur le mémoire de M. Fierens, la commission eût dû répéter les expériences qui y sont indiquées.

« M. Velpeau. Il y a des choses qu'on ne doit pas essayer, ne fût-ce qu'à cause de la manière dont elles sont annoncées. Ainsi l'auteur nous dit qu'il fut appelé à traiter une personne affectée d'amaurose et frappée de cécité presque absolue ; or, la première prescription qu'il lui donna fut de lire pendant quelques heures tous les jours. Est-il donc bien vraisemblable qu'elle fût réellement aveugle? Et les détails de l'observation ne détruisent-ils pas entièrement la signification que l'auteur a voulu lui donner ? »

M. Fierens s'est attribué fort à son aise l'invention du mode spécial de traitement que M. Cunier a fait connaître (*Annales d'Oculistique*, mai 1842) dans sa *Lettre au professeur Serre*, *de Montpellier*, *sur l'emploi des verres de lunettes dans le traitement de quelques maladies oculaires*, lettre qui a été reproduite dans la *Gazette médicale de*

*Paris*, juin 1842, ainsi que dans la *New-York Lancet* (3 septembre 1842, p. 150) et dans la *The British and foreign Medical Review* (janvier 1843, p. 246). M. Cunier a encore fait connaître cette méthode dans un mémoire publié dans la *Nederlandsch Lancet* (octobre 1842, p. 227) sous le titre de : *Over het gebruik der brilglazen ter behandeling van eenige oogziekten*.

Nos lecteurs se rappelleront sans doute comment a été provoquée la lettre de M. Cunier.

M. Serre avait publié dans la *Gazette médicale de Paris* et dans les *Annales d'Oculistique* (février 1842, p. 210) une *note sur l'opération de la cataracte sur un œil, comme moyen de rétablir la vue des deux côtés* ; le professeur de Montpellier rapportait l'histoire de deux malades chez lesquels l'état inflammatoire d'un œil, survenu chez l'un à l'occasion de la formation de la pupille artificielle, chez l'autre, après une opération de cataracte, avait suffi pour améliorer, au moins momentanément, la vue de l'autre œil, frappé d'amaurose ; il terminait ainsi :

« En attendant que je me livre moi-même à des recherches ultérieures sur ce sujet, j'ai cru devoir prendre date et signaler les faits qui m'ont conduit à ouvrir une nouvelle voie au traitement de l'amaurose ; qu'il me suffise, pour le moment, de dire que, pour triompher de cette maladie, il faudrait peut-être agir directement, non pas sur la cornée transparente ou sur la peau qui recouvre les parties voisines de l'œil, mais bien sur la branche frontale du nerf ophthalmique de Willis, sur le ganglion ciliaire, *ou même* SUR LA RÉTINE.

« Il reste bien entendu, ajoute M. Serre, que je ne parle que des amauroses asthéniques, nerveuses, dans

lesquelles il y a perte plus ou moins complète de la vue, sans altération matérielle appréciable dans les milieux de l'œil. »

M. Cunier (*lettre citée*) a fait observer que déjà en 1840, il mettait en usage la méthode proposée par M. Serre ; voici ce qu'il écrivait dans le numéro de septembre 1840 de ses *Annales d'Oculistique* :

« J'ai réussi, dans ces derniers temps, à guérir, ou du moins à modifier, par l'exercice au moyen des verres, en en diminuant chaque jour le foyer, puis enfin à l'œil nu, plusieurs cas de myopie et de presbyopie des plus prononcées..... Je signalerai... la cure de plusieurs amauroses *obtenue par l'usage* opportun du même moyen. »

Quatre mois auparavant (*Annales citées*, juin 1840), M. Cunier avait parlé de l'exercice orthophthalmique, avec ou sans les verres, comme moyen de faire cesser l'anesthésie rétinienne, suite ou cause du strabisme.

M. Cunier n'a, du reste, point réclamé la priorité en sa faveur ; c'est la pratique d'un charlatan, d'un marchand de lunettes, nommé Schlesinger qui l'a mis sur la voie ; il s'exprime ainsi à ce sujet (*lettre citée*) :

« Les verres employés par Schlesinger étaient planoconvexes.

« Il commençait par déterminer la portée du foyer visuel.

« Il avait affaire à un amaurotique, par exemple. Ce malade réussissait encore à déchiffrer le double canon à 3 pouces de distance. Des verres de 3 1/4 pouces de foyer lui étaient remis, et il devait, les yeux armés de ces lunettes, s'exercer à la lecture une partie de la journée.

— Une fois que la fatigue survenait, l'exercice devait être suspendu.

« Dès que le malade était parvenu à distinguer nettement les lettres, il prenait des verres de 3 1/2 pouces. La convexité était ainsi diminuée de quart de pouce en quart de pouce jusqu'au nº 5; c'est par demi-pouce que la décroissance avait lieu alors jusqu'au nº 9, où elle commençait par pouce, et à partir du nº 12 par deux pouces, jusqu'au nº 24 ou au nº 36, dont l'usage devait être continué pendant longtemps. »

M. Cunier a donné l'histoire de trois cas dans lesquels il a mis en usage avec succès cette méthode de traitement; il termine en faisant remarquer que l'on ne peut en attendre de bons résultats que dans les amauroses réduites à l'état de simple anesthésie rétinienne; il en est de ce moyen comme de la strychnine, de l'électricité.

M. Cunier a écrit (*lettre citée*) que, malgré de nombreuses et minutieuses recherches, il n'a trouvé dans les divers traités qu'il a consultés, aucune donnée sur l'emploi des verres de lunettes, comme moyen de réveiller la sensibilité de la rétine. Il a été plus heureux dans ces derniers temps. Il a appris par le *Vollständiges Recept-Taschenbuch der practischen Augenheilkunde* de M. E. Altschuhl (Vienne 1837, tom. I, p. 27) que cette méthode se trouve indiquée dans un ouvrage de Sauvages. Nous transcrivons le texte de M. Altschuhl :

« Anmerkung. *Da bei torpiden Individuen*
« *selten eine radicale Heilung erhalten wird, so*
« *muss man auch durch den Gebrauch der Bril-*
« *len, welche beiderseits convexe seyn müssen,*
« *den Uebel moeglichst abzuhelfen suchen.* (Sau-
« vages, *Nosologia methodica*, S. 744, I, B.) »

Comme on le voit, c'est avec des verres bi-convexes qu'avait lieu l'exercice conseillé par Sauvages.

26. *Strabisme.*—De nombreuses publications ont eu lieu, en 1842, sur le strabisme et sa cure par la division musculaire. Les unes ont paru dans les journaux de médecine; les autres sont des traités *ex-professo.*

Trois de ces dernières doivent être spécialement mentionnées: ce sont les *Recherches sur l'opération du strabisme* (1), par M. Lucien Boyer; le *Supplément* (intitulé : *Du Strabisme*), *aux nouveaux Eléments de médecine opératoire* (2), par M. Velpeau ; et le livre de M. Dieffenbach : *Ueber das Schielen und die Heilung desselben durch die Operation* (3).

Ces trois volumes répondent à ce que l'on était en droit d'attendre de leurs auteurs; nous n'essaierons pas d'en donner ici une analyse que le défaut d'espace nous forcerait de faire incomplète. Nous signalerons prochainement dans un travail dont nous nous occupons, les nouvelles notions exposées par les deux chirurgiens de Paris et par celui de Berlin. Nous nous appesantirons principalement sur ce que le traité de M. Dieffenbach renferme de remarquables et précieuses observations; nous ne

---

(1) Mémoire présenté à l'Académie royale des sciences.—grand in-8° de IV-320 p., orné de 10 planches lithographiées.—Paris, 1842, chez Germer Baillière.

(2) Du Strabisme ; par A. Velpeau. In-8° de 180 pages. Paris, 1842, chez J.-B. Baillière.

(3) Berlin, 1842, in-8° de VIII-220 p., orné de 3 planches lithographiées.

nous expliquons pas comment la presse médicale française a pu laisser passer inaperçue une œuvre aussi impatiemment attendue du public chirurgical. La publication des mémoires de MM. Hoering et Sichel, sur le siége et la nature de la cataracte, a depuis un certain temps absorbé nos colonnes ; c'est ce qui explique et justifie notre silence, qui sera rompu bientôt.

Les travaux sur le strabisme, publiés dans les recueils périodiques ont été si nombreux qu'il nous serait impossible de les citer tous ; il n'en est d'ailleurs que fort peu qui aient une certaine valeur ; encore n'apprennent-ils rien qui n'ait été dit à satiété.

Dans un mémoire inséré dans les *Haeser's Archive* (vol. II, n° 23), et analysé dans le *Schmidt's Jahrbücher* (XXXIV, p. 93), M. Eisenmann s'est occupé du traitement du strabisme par l'électricité. Elle doit, selon lui, être mise en usage dans les cas où l'excès de contraction d'un des muscles droits est le résultat de la faiblesse ou de la paresse de son antagoniste ; il introduit une aiguille à électro-puncture dans le muscle affecté et une autre dans la nuque ; il met en rapport avec cette dernière un pôle d'une pile galvanique, et de temps à autre, il touche avec l'autre pôle l'aiguille fixée dans le muscle. La pile dont il fait usage se compose de deux paires de 2 pouces carrés.

M. le docteur Caffe s'exprime ainsi, au sujet de l'opération du strabisme qu'il a subie :

« C'est après avoir assisté à une quantité innombrable d'opérations de strabisme; c'est après avoir entendu et vu manœuvrer chaque opérateur, non pas seulement en France, mais encore en Angleterre; c'est après avoir moi-

même opéré plusieurs fois en présence de médecins instruits; c'est alors seulement que je me suis décidé à subir cette opération. Ma compétence est donc à tous égards bien complète pour me prononcer sur l'opportunité ou la non opportunité de cette opération, dans les différentes variétés de strabisme. Il me serait impossible, dans un article d'analyse et dans les limites d'un journal, d'entrer dans une partie quelconque des nombreuses considérations qui se rattachent à cette affection sur laquelle on a beaucoup écrit depuis deux ans, mais trop peu réfléchi. Je veux me contenter de parler ici de ce qui m'est entièrement personnel, *quaeque ipse tuli, quorum pars magna fui*; l'erreur est dans ce cas imposible, en traduisant les sensations que j'ai éprouvées pendant l'opération elle-même.

«Dès mes premières années, je fus affecté d'un strabisme divergent avec une puissance et une étendue de vue très-heureuse; mon adresse à la chasse et au tir au pistolet surprenait tous ceux qui en étaient témoins et contrastait singulièrement dans leur esprit avec la divergence de mon regard. Le strabisme se déplaçait souvent et passait d'un œil à l'autre; lorsque je fixais les objets placés à une grande distance, l'œil gauche se déviait en dehors, le contraire arrivait lorsque je fixais les objets placés à une distance d'un demi-mètre, c'est-à-dire que l'œil droit perdait alors la rectitude pour diverger quelque peu à droite, tandis que l'œil gauche prenait une position normale; la vue ne s'exerçait donc que pour un seul œil à des distances inégales, mais l'œil gauche manifestait toujours une divergence plus prononcée et plus fréquente. D'autre part, dans le cours ordinaire de la vie, au milieu de la société, c'est à une distance de plus d'un demi-mètre que la vue se porte ordinairement; je me décidai donc à subir l'opération sur l'œil gauche

seulement, regardant comme très-probable que la guérison de celui-ci amènerait celle du côté opposé, qui du reste laissait très-peu à désirer.

« Le 11 juin 1841, à midi, en présence de mon ami, le docteur Ferdinand François, j'ai subi l'opération, et soixante-douze heures après, je dictai à M. Arnoux la note dont je donne la copie textuelle :

« Le 11 juin 1841, à midi, dans mon cabinet d'étude, je me plaçai assis en face d'une croisée, de manière à recevoir directement la lumière sur les yeux, M. le docteur Charles Phillips appliqua les deux ophthalmostats sur les paupières de l'œil gauche; M. Bouvier voulut bien se charger de les maintenir. L'ophthalmostat placé sur la paupière supérieure, donne lieu immédiatement à une douleur très-vive qui provoque d'énergiques contractions du muscle orbiculaire. Malgré l'habitude très-grande que M. Bouvier a dans ces sortes d'opérations, malgré l'extrême précaution qu'il prenait pour éviter toute pression inutile, surtout en épargnant de comprimer la partie cutanée correspondant au trajet du nerf frontal, malgré l'interposition d'un tampon de coton, c'est cependant à ce temps de l'opération que se rapporte la sensation la plus pénible que j'aie éprouvée. Les deux piqûres faites par les airignes pour saisir la muqueuse de la sclérotique furent à peine sensibles. L'une de ces airignes fut confiée à M. le docteur Brant. Le repli de la muqueuse produit par la tension des deux airignes et la section de ce repli avec les ciseaux furent à peine douloureux. Le muscle droit externe réuni en un seul faisceau et à terminaison tendineuse très-prononcée, fut facilement placé par M. Phillips sur le crochet-mousse, et divisé par des ciseaux courbés sur le plat. La section de ce muscle et celle du nerf moteur oculaire externe ne sont que très-instantanément douloureuses, mais une

des impressions pénibles ressenties pendant l'opération fut pour moi le bruit que faisaient les ciseaux. L'extrémité scléroticale du muscle toute tendineuse fut également excisée par M. Phillips, et lorsque je l'examinai entre mes doigts, je lui trouvai plus de deux millimètres d'étendue. Il s'écoula à peine une gouttelette de sang pendant tout le temps de l'opération. Les instruments et les ophthalmostats furent aussitôt enlevés, et la direction de l'œil ne laissait reconnaître aucune amélioration. M. Phillips était d'avis d'attendre un redressement consécutif, en me citant l'exemple d'un autre opéré, M. Larsoneur, lieutenant au 39e de ligne, qui, affecté de strabisme double divergent, offrait avec le mien la plus grande analogie, et dont la guérison n'eut lieu que consécutivement à une seconde opération qui fut pratiquée le 22 avril 1841 sur l'œil droit. Ce fut dans cette conjoncture que M. Bouvier proposa à M. Phillips et à moi de poursuivre l'opération pour pratiquer la division de l'aponévrose; j'insistai pour qu'il en fût ainsi. La seconde application des ophthalmostats fut beaucoup moins douloureuse que la première. Une seule airigne a suffi pour tirer légèrement l'œil gauche en dedans. Dès que les ciseaux eurent achevé la division de l'aponévrose en bas, l'œil cessa de diverger, et les mouvements, d'abduction restèrent incomplets. Le succès de l'opération fut déclaré immédiat, et depuis il ne s'est pas démenti.

« Des compresses imbibées d'eau fraîche et des affusions froides faites avec une éponge furent renouvelées fréquemment pendant les premières vingt-quatre heures. La diète fut observée. Le jour même, je pus vaquer à mes occupations de cabinet, recevoir plusieurs personnes à ma consultation. La douleur n'avait rien que de très-supportable; de temps à autre quelques élancements fugi-

tifs se faisaient sentir au niveau de l'angle orbitaire externe gauche. La nuit fut parfaitement tranquille et permit un sommeil complet. Deux pédiluves furent pris dans les vingt-quatre heures, ainsi qu'un purgatif salin le lendemain de l'opération. Je pus écrire plusieurs lettres dans la journée en me servant seulement de l'œil droit. Une ecchymose s'étendait sur presque toute la partie latérale gauche de l'œil opéré. Le troisième jour, je fis usage d'un collyre contenant un décigramme de sulfate de zinc pour soixante grammes d'eau de roses et quatre gouttes de laudanum de Rousseau. Dès le troisième jour, les douleurs furent nulles, si ce n'est lorsque je pressais sur la paupière supérieure gauche.

« L'œil, examiné à plusieurs reprises par MM. Bouvier, Phillips, Bonnet (de Lyon) et par un grand nombre d'autres, a toujours conservé le bénéfice de l'opération qui date déjà de seize mois. La vue reste également très-bonne et sous aucun rapport ne laisse rien à désirer.

« Que M. Phillips reçoive ici le témoignage de ma reconnaissance bien sentie ! »

M. le docteur Paul a publié une brochure intitulée : *Compte-rendu de cent quatre-vingt-cinq opérations de strabisme pratiquées à Nancy par le docteur Carron du Villards* (1). Sur ces 185 opérations, il y a eu 175 succès absolus, 8 demi-succès et 2 insuccès seulement. « Jusqu'à ce jour, dit M. Paul, il n'y a pas eu de récidive, et nous nions toute possibilité de *récidive*, si ce n'est lorsque le muscle n'a pas été exactement ou complétement coupé. Sur le nombre total des opérations,

(1) Nancy, 1842, in-8° de 14 pages.

l'on a été obligé, chez trois individus seulement, de rechercher, le lendemain de l'opération, une petite portion musculaire qui avait échappé à la section et qui empêchait une rectitude absolue. Les deux insuccès se sont rencontrés sur une femme de 48 ans et sur un adulte indocile qui n'a pas voulu laisser continuer l'opération.

« Le nombre de 185 était composé de 100 femmes et de 85 hommes. Parmi les hommes, nous trouvons 5 soldats et sous-officiers du 52e de ligne, 3 séminaristes, 31 artisans adultes, 21 cultivateurs et 27 enfants au-dessus de sept ans ; 8 de ces enfants appartenaient aux écoles primaires et à celles des R. R. Frères de la doctrine chrétienne ; 11 enfants de la banlieue et 8 enfants en apprentissage chez divers artisans formaient le nombre total 27.

« Les 100 femmes, âgées de dix à quarante-huit ans, doivent être classées dans l'ordre suivant : 3 provenaient de la maison des jeunes orphelines, 2 de l'hôpital de Toul, 3 de la congrégation des dames de la doctrine chrétienne, 4 des écoles chrétiennes, 27 de la campagne, étaient des ouvrières de divers états. Parmi ces dernières, 4 étaient complétement privées de la vue de l'œil opéré; malgré cela l'opération les a débarrassées d'une difformité très-mal supportée par les femmes. Sous le rapport du siége de la maladie, nous trouvons 89 strabismes convergents (ou en dedans) de l'œil droit, 50 siégeant sur l'œil gauche et convergents en dedans, 14 strabismes divergents (ou en dehors), et tous situés sur l'œil droit, enfin un double strabisme en dehors, le premier qu'ait observé M. Carron du Villards.

« En tenant compte des causes productrices, nous avons reconnu 60 strabismes survenus dans les

premiers mois de la vie et improprement appelés de naissance, 10 par imitation ou mauvaises habitudes de regarder, 40 par suite de convulsions provenant de la dentition ou de fièvre cérébrale, 73 à la suite d'ophthalmies longues et rebelles et presque toujours de nature scrofuleuse, 2 enfin par suite de chutes. Ainsi, comme on le voit, les ophthalmies scrofuleuses, rebelles ou imparfaitement combattues, sont une cause très-fréquente de strabisme. Sur le nombre total 80 ne pouvaient pas lire, 73 ont recouvré cette faculté après l'opération. »

M. Carron du Villards se sert, pour écarter les paupières, du dilatateur dit de Kelley-Snowden, décrit par M. Van den Broek, dans les *Annales d'Oculistique*, juin 1842, p. 135. Il place le malade dans une position telle qu'il ne peut faire aucun mouvement capable de gêner l'opérateur et de compromettre l'opération. On n'emploie pour cela ni lit, ni liens, ni aucun moyen de contention : il suffit seulement de faire asseoir le malade sur une chaise et de lui faire tenir les deux pieds sur une autre chaise de la même hauteur que celle sur laquelle il est assis. Privé de tout appui, le patient ne peut faire aucun mouvement de nature à compromettre son organe ou son opération.

M. Paul décrit ainsi (p. 6) le procédé opératoire suivi par M. Carron du Villards :

« Le malade étant placé sur deux chaises, comme nous l'avons dit plus haut, et les paupières étant fixées par un dilatateur mobile et à ressort, M. Carron du Villards, au moyen d'une airigine très-fine et d'une pince à dents de souris, forme un repli transversal à la conjonctive, qu'il ouvre d'un coup de ciseaux ou de bistouri ; mais il

préfère le premier instrument. Presque toujours du premier coup, il arrive sur le muscle, qu'il soulève avec un crochet mousse, et qu'il incise, sans provoquer de perte de substance. A peine ce muscle est-il incisé, que l'œil se redresse ; on porte le crochet une seconde fois, pour s'assurer qu'aucune de ses fibres n'a échappé ; on enlève le contentif et l'opération est terminée.

« Comme l'on voit, M. Carron du Villards évite tout décollement ou éraillement de la conjonctive ; il ne la taillade point comme Dieffenbach et ses imitateurs, pratique presque toujours suivie d'accidents et de diverses difformités. »

Les considérations qui suivent, sur l'influence de l'opération du strabisme, sont extraites d'un mémoire lu par M. Carron du Villards, en avril 1842, à la Société de médecine de la Moselle (1) :

« La contracture des muscles qui dévie l'œil, en rendant celui-ci très-peu propre, et souvent tout à fait impropre à remplir ses fonctions, place ceux qui louchent dans des conditions presque analogues à celles des individus borgnes, ou privés d'un œil. Or, vous le savez aussi bien que moi, si la dualité de l'organe oculaire n'est pas indispensable à l'existence de l'individu, elle l'est du moins pour l'accomplissement exact et régulier des actes divers qui dérivent de l'existence.

« En comparant à un homme privé d'un œil, celui qui est fortement strabique, je ne m'écarte en rien de la vérité, tout en ayant l'air d'avancer un paradoxe. Pour ne pas vous reporter trop loin, Messieurs, je tirerai des

---

(1) MM. Puel et Maillot ont reproduit une partie de ce travail dans leur *Aide mémoire des chirurgiens et médecins militaires*.

conclusions favorables à ma proposition, de ce que sur les 185 opérations de strabisme que je viens de pratiquer à Nancy, 115 sujets n'y voyaient pas ou presque pas de l'œil dévié, chez tous il y avait impossibilité de lire à plus de 1 à 4 pouces de distance : chez tous impossibilité de porter l'œil en dehors, et par conséquent obstacle invincible à la vision en dehors, sans tourner la tête fortement en sens opposé à la rétraction : chez tous vision très-obscure, ou presque nulle, à une certaine distance; chez tous il y avait une inclinaison marquée de la tête, dans le sens de la déviation, au point que chez plusieurs j'ai pensé devoir recourir plutôt à la section d'un ou plusieurs faisceaux tendineux du muscle sterno-cleïdomastoïdien. Eh bien ! Messieurs, vous trouverez toutes ces imperfections chez les individus privés d'un œil.

« Maintenant, Messieurs, après avoir signalé l'imperfection physique, permettez-moi de fixer votre attention sur l'influence qu'elle peut exercer sur l'exercice de quelques professions. Les premiers opérés à Nancy étaient des soldats du 52e régiment de ligne. Examinons d'abord les empêchements que le strabisme apporte à l'accomplissement des fonctions du fantassin. Mais avant de passer à cet examen, permettez moi de vous signaler un fait étrange dans les ordonnances et les réglements qui régissent le recrutement : On accepte comme soldat, *réquis ou servant pour son propre compte, tout individu atteint de strabisme*, et l'on refuse *comme remplaçant, ou comme engagé volontaire*, celui qui porte cette difformité.

« Revenons au fantassin, au sujet duquel je pose la formule suivante : tout individu fortement strabique de l'œil droit *est impropre au service de l'infanterie*. En effet, tout fantassin ne pouvant ajuster son arme n'est qu'un soldat imparfait. Cette imperfection est d'autant

plus grande, qu'on l'oblige à faire des feux obliques dans le sens opposé de son infirmité; car, dans les feux directs, en fermant l'œil gauche, il peut bien ramener son œil droit dans la direction centrale pour quelques instants seulement, tandis qu'il ne le porte que difficilement en dehors.

« Quatre soldats, un caporal et un sergent du 52e régiment de ligne, ne touchaient point la cible, en épaulant à droite, comme le veut la théorie, mais en changeant d'épaulement et d'œil, ils pouvaient même faire de beaux coups. J'ai observé des faits semblables chez des soldats du 20e régiment de ligne, que j'ai opérés à Blois. Voici un nouveau fait tiré d'une opération faite à Vendôme. Antoine X*** rentier, chasseur déterminé, a fait, à l'âge de 28 ans, une chute de cheval suivie de phénomènes cérébraux pendant la durée desquels il s'est manifesté une violente contraction du muscle droit interne et partant un strabisme convergent très-prononcé. Aussitôt après la cessation des symptômes cérébraux, M. X***essaya de redresser son œil par l'usage de lunettes appropriées; vain espoir, l'œil resta tourné au grand angle : M. X*** veut ajuster son fusil, il ne le peut : force lui est de s'exercer à tirer à gauche. Après de nombreux essais suivis avec persévérance, M. X*** acquiert la facilité de tirer à gauche. Je l'opère du strabisme, l'œil reprend non seulement sa rectitude normale, mais encore sa puissance première.

« Si du fantassin l'on passe au cavalier, nous observerons que le strabisme très-prononcé en dehors ou en dedans, à droite, produit les mêmes inconvénients que chez le fantassin. Lorsque le strabisme est fortement convergent à gauche, le soldat est obligé de se servir de l'œil droit *pour remettre le sabre dans le fourreau*, il se porte fortement sur la partie gauche, il perd non seulement

son allignement, mais encore si son cheval est *sensible sur ses aides*, il se porte rapidement à droite, et refoule son voisin du même côté. J'ai bien pu me rendre raison de ce fait, sur huit cuirassiers du 3e régiment que j'ai soumis à la ténotomie oculaire. Un d'eux était un maréchal-des-logis dont l'infirmité fut cause qn'un de ses subordonnés passa au conseil de guerre ; car, dans l'état d'ivresse, il porta un violent coup de poing au nommé Miolla qui le conduisait à la salle de police, en lui disant *voilà pour vous redresser l'œil et vous empêcher de me regarder de travers*.

« Barbier âgé de 26 ans, est armurier distingué à Blois : depuis son bas âge il est fortement strabique, et ne se sert pas de son œil droit. C'est avec l'œil gauche qu'il monte et ajuste les fusils doubles ou simples avec lesquels doivent tirer les droitiers. Rien ne manque au fini et au confortable de l'arme, mais son travail manque de justesse, surtout pour les armes carabinées. Barbier répond, en faisant de beaux coups de tir, mais il tire à gauche, et les propriétaires de l'arme obtiennent des résultats analogues, en épaulant du même côté ; l'armurier ne tarde pas à se convaincre que son œil droit étant inhabile au dressement des canons, ses armes ne sont parfaites que pour des gauchers ; il pense que l'opération du strabisme pourra lui rendre l'exercice de son œil : je l'opère et quinze jours après, il corrigeait les imperfections des armes faites et se trouvait en mesure de ne plus tomber dans le même défaut. Je tiens à la disposition des curieux des armes de précision fabriquées par lui, qui consacrent ce fait, *par une inscription qu'il a gravée sur le canon*.

« Desprez, Louis-Joachim, de Vendome, âgé de 26 ans, serrurier déclare qu'il lui est presque impossible de forger une barre de fer droite, sans fermer com-

plétement l'œil droit qui est fortement strabique ; pour dresser à la lime, il éprouve les mêmes inconvénients. Je l'opère du strabisme, et dès sa guérison absolue, il s'est servi de l'œil droit en même temps que de l'œil gauche.

« Willaume, Jean Baptiste, de Nancy, âgé de 17 ans, est atteint d'un double strabisme congénital très-prononcé ; il est apprenti imprimeur sur mousseline, et éprouve une raideur très-pénible dans les yeux ; lorsqu'il veut ajuster les papiers à imprimer sur les étoffes, il lui faut trois fois plus de temps qu'à ses camarades. L'opération du strabisme, pratiquée sur les deux yeux, à 12 jours de distance, le rend aussi habile que tout autre dans l'ajustement des modèles. »

*a*) *Myotomie sous-conjonctivale.* — M. Jules Guérin a publié dans sa *Gazette médicale* (1842, janvier et février) un long mémoire sur les principes et les moyens d'exécution de la méthode sous-conjonctivale. L'analyse suivante de ce travail est extraite de l'*Examinateur médical* (juin 1842) :

« Les principes généraux de cette méthode sont ceux de la méthode sous-cutanée proprement dite, c'est-à-dire qu'ils consistent à faire la section des muscles de l'œil sous les enveloppes fibreuse et muqueuse qui les recouvrent, et à l'abri du contact de l'air. Mais le but, le moyen et les résultats de cette méthode reçoivent quelques modifications des dispositions anatomiques des parties sur lesquelles elle est appliquée. Ces dispositions sont relatives aux enveloppes fibreuses de l'œil et au système musculaire.

« La description que donne l'auteur des enveloppes fibreuses de l'œil est la plus complète qui ait été faite jusqu'ici. Suivant lui, on doit les diviser en deux por-

tions : une portion oculaire, et une portion palpébrale.

« La portion oculaire se compose de deux feuillets : l'un superficiel et l'autre profond, lesquels peuvent être eux-mêmes dédoublés en deux lamelles réunies par du tissu cellulaire.

« Le feuillet superficiel s'insère à tout le pourtour du bord antérieur de la sclérotique où il est recouvert immédiatement par la conjonctive. D'abord peu apparent et consistant en un tissu cellulaire mince et dense, adhérant à la surface de la sclérotique avec laquelle il se confond, il devient très-distinct et acquiert de l'épaisseur et la véritable consistance fibreuse à 2 ou 3 millimètres de la cornée transparente. A ce point, les deux lamelles qui composent ce feuillet se dédoublent, et il en résulte : deux expansions séparées, l'une *directe*, qui continue à se porter vers le fond de l'orbite, l'autre *réfléchie*, qui se dirige vers les paupières.

« *L'expansion directe* rencontre d'abord les insertions des quatres muscles droits qu'elle recouvre ; puis se prolongeant jusqu'au fond de l'orbite où elle se perd autour des insertions des muscles droits, elle forme ainsi à ces muscles et à toutes les parties molles situées dans les intervalles de ces derniers, un surtout aponévrotique. Cette expansion, considérée sur le trajet des muscles droits, est d'autant plus épaisse qu'on l'examine dans ses portions les plus antérieures.

« *L'expansion réfléchie*, née, comme nous l'avons dit, à 2 ou 3 millimètres du bord de la cornée transparente, du dédoublement du feuillet superficiel, se porte d'abord d'une certaine quantité d'avant en arrière, puis se replie sur elle-même en avant, et se dirige, recouverte par la conjonctive, jusque dans l'épaisseur des paupières où elle tapisse la face interne du muscle orbiculaire, et va enfin se confondre avec l'origine de la portion palpé-

brale du fascia, près du bord libre des paupières en avant du cartilage tarse.

« Le *feuillet profond* de la portion oculaire du fascia sous-conjonctival naît immédiatement en arrière des insertions des quatre muscles droits. Il ne consiste alors qu'en un tissu cellulaire très-ténu et très-lâche, à peine apparent, et adhérant à la surface sclérotidienne. A 4 millimètres de la naissance des muscles, et à 6 ou 7 millimètres du bord de la cornée, il devient plus épais et plus résistant. En ce point, les deux lamelles qui le composent se dédoublent comme celles du feuillet superficiel. L'une de ces lamelles continue à adhérer à toute la partie postérieure du globe oculaire, au moyen d'un tissu cellulaire fin et très-lâche, et lui forme ainsi une enveloppe propre et immédiate, qui peut jouer à un certain point sur la surface profonde des muscles droits qu'elle tapisse ou double dans toute leur longueur. L'autre quitte cette surface, se rapproche de la face profonde des muscles droits qu'elle tapisse ou double dans toute leur longueur. Elle se confond, dans les intervalles qui les séparent les unes des autres, avec le feuillet superficiel, et va se perdre avec lui dans les attaches orbitaires des muscles droits. Cette lamelle, à l'inverse de la lamelle correspondante du feuillet superficiel, devient d'autant plus épaisse qu'on l'examine dans ses portions plus postérieures.

« En vertu de ces dispositions, les quatre muscles droits sont logés entre deux feuillets qui leur forment, dans presque toute leur étendue, une véritable gaîne. Ces gaînes, incomplètes en avant, et remplacées plutôt en ce point par un espace auquel l'auteur a donné le nom de *loge musculaire*, ne sont pas fermées vers les deux bouts de chacun des muscles qu'elles enveloppent par des cloisons latérales, mais seulement par l'adosse-

ment et la réunion de leur paroi superficielle et de leur paroi profonde.

« En outre, dans le point où le tendon du muscle grand oblique pénètre sous le droit supérieur pour se terminer à la sclérotique, le feuillet profond de la gaine de ce dernier muscle offre un dédoublement pour embrasser le tendon du grand oblique, et lui former une gaine propre qui remonte ensuite, et se prolonge sur toute la longueur du muscle.

« C'est de la même manière, par un dédoublement de la gaine du muscle droit inférieur, que le petit oblique se trouve enveloppé d'un double feuillet qui lui forme une gaine particulière. Mais par cela même que le petit oblique, au lieu de passer, comme le grand oblique, sous le muscle droit correspondant, passe au contraire entre ce muscle et les parois de l'orbite, il reçoit ses lamelles d'enveloppe, non du feuillet profond, mais du feuillet superficiel de la gaine du droit inférieur.

« La portion palpébrale du fascia naît, comme nous l'avons dit, en avant du cartilage tarse, dans l'épaisseur du bord libre des paupières où elle se confond avec l'expansion réfléchie de la portion oculaire. Les dispositions qu'elle présente ne sont pas exactement les mêmes à la paupière supérieure et à la paupière inférieure.

« A la paupière supérieure, partent, du point que nous venons d'indiquer, trois feuillets superposés qui, d'abord confondus avec le tissu cellulaire palpébral, deviennent plus distincts à quelque distance du bord orbitaire du cartilage tarse. Les deux feuillets inférieurs reçoivent dans leur écartement le muscle élévateur des paupières et lui forment une gaine analogue à celles des muscles droits. Il y a pourtant sous ce rapport quelques différences. Ainsi, la partie antérieure de l'élévateur

n'est pas contenue dans un espace libre comme celle des muscles droits ; sa gaîne l'enveloppe dans toute sa longueur, depuis son insertion palpébrale jusqu'à son insertion orbitaire. Ainsi encore, les deux feuillets qui la constituent n'offrent pas une diminution graduelle d'épaisseur et de consistance dans un sens inverse l'un de l'autre, mais s'amincissent simultanément et uniformément de leur partie antérieure à leur partie postérieure, de manière à ne présenter plus, près de l'insertion orbitaire du muscle, qu'une pellicule très-fine et facile à déchirer. Le feuillet le plus élevé, ou troisième feuillet, se réfléchit sur la face postérieure du muscle orbiculaire des paupières, puis l'abandonne presque aussitôt pour se porter directement vers le périoste qu'il rejoint au niveau du rebord de l'orbite et avec lequel il se confond. En bas, le troisième feuillet existe seul, et a la même disposition que le feuillet correspondant de la paupière supérieure.

« Nous n'insisterons pas sur la partie du travail de M. Guérin, qui a trait aux dispositions des muscles de l'œil et à leurs fonctions, ses opinions à ce sujet ayant été longuement exposées, d'après une conférence de l'auteur lui-même, dans le tome 1er de *L'Examinateur médical*, nos 5, 7 et 8 (1).

« La méthode sous-conjonctivale comprend deux procédés : le procédé *par dissection* et le procédé *par ponction ;* nous ne pouvons entrer dans la description des instruments nécessaires à l'exécution de ces deux procédés. Tout le monde connaît aujourd'hui le perfo-

---

(1) Voir ce travail de M. Guérin, *Annales d'Oculistique*, t. V, p. 203, et ib., 1er volume supplémentaire, p. 202-219.

rateur et le myotôme coudé de M. Guérin. Nous passerons également sous silence des remarques fort utiles cependant, et communes aux deux procédés, sur la position du malade, sur le soulèvement et le refoulement des paupières, sur l'accrochement de l'œil par l'opérateur. Nous ne nous arrêterons qu'à celles qui sont relatives à la formation du pli des membranes oculaires, à la base duquel devra plonger le perforateur, s'il s'agit du procédé par ponction; on commence la dissection avec les ciseaux, s'il s'agit du procédé par dissection. Pour former ce pli, l'aide applique une airigne à environ 5 millimètres de celle qui maintient le globe oculaire en position, *et à 5 ou 6 millimètres en dehors du muscle à diviser, du côté correspondant à la droite de l'opérateur*. Il soulève en ce point les membranes de manière à faire correspondre le pli soulevé au niveau de la paroi latérale de la loge musculaire.

« Voici maintenant les particularités propres à chacun des deux procédés. Nous les donnons en détail, parceque c'est la première fois que l'auteur donne de ses procédés une description complète.

« Le premier procédé, ou procédé par dissection, s'exécute de la manière suivante:

« La concavité des ciseaux étant tournée du côté du globe oculaire, on incise du premier coup toute l'étendue du pli à sa base; on traverse le feuillet superficiel du fascia, on prolonge horizontalement l'incision vers la loge musculaire, en suivant le plus près possible, la ligne d'insertion des membranes à l'œil. L'incision étant complétée, l'aide applique l'airigne à la partie moyenne du bord du lambeau, l'attire à lui et le renverse en dehors. On achève ensuite la dénudation du muscle avec la pointe des ciseaux, en le dégageant des lamelles celluleuses qui le recouvrent, et l'on divise complétement

les deux cloisonnements de la loge, formés par les replis de la gaîne.

« Le muscle étant mis à découvert dans toute la portion comprise entre son insertion oculaire et l'orifice de la gaîne, on glisse de droite à gauche la branche courbe des ciseaux, entre le globe oculaire et le muscle, à 7 ou 8 millimètres de l'insertion de ce dernier. Suivant que l'on veut diviser ou conserver la paroi profonde de la gaîne, on la soulève avec le muscle sur la branche des ciseaux, ou bien on engage cette dernière entre elle et le globe oculaire. Il est indispensable que la pointe de la branche sur laquelle le muscle est soulevé, dépasse d'une certaine quantité le bord du côté opposé. On fait ensuite exécuter à la même branche un léger mouvement de va et vient entre le muscle et le globe oculaire, dans le but d'achever de décoller le muscle de la paroi profonde de la gaîne, ou celle-ci du globe de l'œil, et l'on achève la section le plus loin possible de l'insertion antérieure du muscle, c'est-à-dire de la plaie extérieure du fascia. Quoiqu'il soit souvent utile de conserver le feuillet profond de la gaîne musculaire, on ne réussit pas toujours à ne pas le comprendre dans le soulèvement du muscle. Si, malgré toute précaution, il se trouvait divisé avec le muscle, il faudrait se garder d'en prolonger la section sur les côtés en prenant le reste du feuillet pour des fibres musculaires non divisées. Pour éviter cette méprise, tout en s'assurant qu'il ne reste plus de fibres musculaires à diviser, on soulève le tronçon antérieur et on râcle la surface du fascia en un point plus élevé que le siége de la plaie. A la fin de l'opération, on replace, en l'aplatissant contre le globe oculaire, avec l'extrémité mousse des ciseaux, le tronçon antérieur du muscle, de manière à le maintenir dans la direction du tronçon postérieur; enfin, on réapplique

contre l'œil le feuillet détaché du fascia et de la conjonctive, en faisant correspondre, autant que possible, les deux bords de l'incision, dans le but d'obtenir, quand l'écartement de ces bords n'est pas indispensable, la cicatrisation des parties avec la plus petite étendue de plaie possible.

« Il est quelquefois difficile de maintenir le lambeau du fascia appliqué sur le tronçon antérieur du muscle, soit à cause de l'étendue de l'incision, soit à cause du raccourcissement des membranes; on obvie à cet inconvénient au moyen de deux petits points de suture passés dans les bords correspondants de la plaie, à trois ou quatre millimètres l'un de l'autre; car ce qui caractérise essentiellement ce procédé et permet de le rattacher à la méthode sous-conjonctivale, c'est que la plaie musculaire est toujours recouverte après l'opération par le lambeau du fascia et protégée par lui pendant le travail de cicatrisation.

« Le second procédé ou procédé par ponction, s'exécute de la manière suivante : le pli du fascia étant fait et l'œil accroché avec les précautions particulières que nous avons indiquées pour ce second procédé, on plonge à la base du pli le perforateur, la convexité de l'instrument tournée du côté de l'œil ; on l'enfonce jusqu'à ce qu'on éprouve la sensation d'une résistance vaincue, c'est-à-dire qu'on ait traversé complétement les deux feuillets du fascia. L'instrument doit être dirigé tangentiellement au globe oculaire, en suivant une ligne intermédiaire à l'horizontale et la verticale, ceci pour éviter de rester dans l'épaisseur du fascia, et de laisser intact son feuillet profond. Quand on s'est bien assuré qu'on a traversé toute l'épaisseur des membranes, on fait décrire à la pointe de l'instrument un petit mouvement de déviation latérale dans les deux sens, afin de

détruire le cloisonnement correspondant de la loge musculaire et d'agrandir ainsi l'espace sous-conjonctival dans lequel le myotome doit être engagé.

« En place de la ponction faite par le perforateur, on peut pratiquer une petite ouverture au pli du fascia avec des ciseaux, en s'assurant que ses différentes lamelles ont été complétement traversées. Dans ce cas, la forme du pli doit être un peu modifiée; on le fait moins large, et l'on dirige un de ses angles en avant. L'ouverture par les ciseaux est, en général, plus étendue et moins régulière; mais elle peut offrir plus de certitude et de sécurité aux personnes qui débutent dans l'emploi de cette méthode; car, avec les extrémités mousses des ciseaux, on peut pénétrer hardiment jusqu'à la surface de la sclérotique et ne laisser par conséquent aucune chance de division incomplète des lamelles aponévrotiques.

« Après ce premier temps de l'opération, l'aide continue à tendre le pli du fascia, de manière à tenir béante l'ouverture de la plaie, et en laisser voir le fond. On introduit le myotome coudé; l'instrument est tenu entre le pouce et les deux premiers doigts, comme pour faire une ponction verticale, le tranchant en dehors, et le dos de la lame correspondant au bord du muscle à diviser; dans cette position, le premier coude de l'instrument (celui de la lame avec la tige) répond au globe oculaire, et le second coude au rebord orbitaire. La lame de l'instrument est donc introduite verticalement à travers l'ouverture du fascia. Lorsqu'elle a pénétré aux trois quarts environ de sa longueur, on lui fait décrire un petit mouvement de déviation en dehors du muscle, de manière à porter son extrémité à quelque distance du bord de ce dernier. Alors, suivant que l'on veut diviser le muscle principalement, ou suivant qu'on

veut comprendre dans la section la gaîne musculaire et toute l'épaisseur du fascia, dans une certaine étendue, la section a lieu, pour le premier cas, dans un point plus superficiel ou antérieur, et, pour le second, dans un point plus profond ou postérieur. On comprend, en effet, qu'il est plus facile d'atteindre une plus grande partie du fascia, là où il est étendu sur une plus grande surface, c'est-à-dire en avant. Dans les deux cas, l'instrument est glissé sous le muscle, à trois ou quatre millimètres de la plaie extérieure ; après quoi on le fait descendre plus profondément ou on le relève, suivant le point où l'on veut opérer la section. On exécute ce temps du procédé, en abaissant le manche de l'instrument; il faut avoir soin de porter en même temps d'une petite quantité l'extrémité de la lame vers le globe oculaire. Ce dernier mouvement est indispensable pour éviter de passer au-devant du muscle, ou d'engager l'instrument dans l'épaisseur de ses fibres. On fait pénétrer la lame du myotome jusqu'au-delà du bord opposé du muscle. Pour s'assurer que celui-ci a été entièrement soulevé et dépassé par l'instrument, on fait exécuter à la lame de petits mouvements de glissement sur le globe de l'œil, dans le sens vertical, entre le muscle et l'œil. La lame de l'instrument étant ainsi complétement abaissée, et en contact immédiat avec la sclérotique, on fait décrire au manche un mouvement de révolution sur son axe, qui a pour effet de présenter le tranchant de la lame au muscle. Arrivé à ce moment du procédé, l'opérateur tenant toujours de la main gauche l'airigne implantée dans la sclérotique, la tire d'arrière en avant et assez fortement pour produire la tension des parties à diviser. Cette précaution est tout à fait indispensable au succès de l'opération; car le moindre relâchement des tissus amortirait l'action tranchante de

l'instrument. Au même moment, on exécute avec ce dernier des mouvements de scie contre le muscle, et la division en est opérée instantanément.

« Les deux procédés que nous venons de décrire sont applicables à tous les muscles droits ; mais les dispositions particulières des muscles obliques ne permettent que l'emploi du procédé par dissection, légèrement modifié, dans son exécution, suivant qu'il s'agit de l'oblique supérieur ou de l'oblique inférieur. Pour le premier, l'airigne avec laquelle l'opérateur accroche la sclérotique est implantée vers le milieu de la ligne qui joindrait l'insertion du droit supérieur à celle du droit interne.

« Le pli des membranes est fait directement au-dessus, à la distance de 5 millim. Il faut se rappeler ici qu'on n'arrive à l'oblique qu'après avoir divisé la paroi profonde du droit supérieur ; on le soulève avec le crochet et on le divise avec des ciseaux. Pour le petit oblique, on peut faire la section, ou bien avant son passage sous le droit inférieur, ou bien après. Dans le premier cas, implantation de l'airigne dans la sclérotique, au milieu de l'espace compris entre le droit inférieur et le droit interne; formation du pli sur la portion du fascia qui touche au cartilage tarse et sur la ligne même qui précède immédiatement le bord palpébral de ce dernier. Dans le second cas, implantation de l'airigne dans la sclérotique au milieu de l'espace compris entre le droit inférieur et le droit externe; formation du pli en face de ces points et à 5 ou 6 millim. plus en arrière.

« Tels sont les différents procédés qui composent la méthode sous-conjonctivale.

« M. J. Guérin fonde les indications de la méthode sous conjonctivale :

1° sur la nature de la cause; 2° sur ses différents modes d'action; 3° sur ses variations de distribution; 4° sur

le degré de la difformité ; 5° sur son degré d'ancienneté. Les éléments anatomiques en lesquels se résolvent ces diverses conditions sont la rétraction primitive des muscles ou des fascias de l'œil, le retrait consécutif des mêmes tissus ou autres parties molles, et l'allongement et l'affaiblissement permanents.

1° *Nature de la cause.* L'auteur rappelle la distinction qu'il a établie depuis longtemps entre le strabisme *mécanique* uniquement produit par la brièveté primitive des muscles et des membranes, et le strabisme *optique* dans lequel un obstacle au passage des rayons lumineux s'étant formé sur le trajet de l'axe oculaire, l'œil se dévie, pour les besoins de la vision, de manière à présenter aux rayons des parties transparentes. Dans la première espèce, la myotomie est toujours plus ou moins applicable, et dans l'autre, elle ne l'est jamais que comme moyen accessoire, dans des cas que l'auteur n'indique pas.

« 2° *Modes de la rétraction.* Jusqu'ici, les différents états par lesquels passe un muscle avant d'arriver à la paralysie avaient été confondus. On leur appliquait indifféremment les noms de *contracture, contraction, rétraction, spasme, raccourcissement,* etc., etc. L'auteur distingue, au contraire, et précise ces différents états et les regarde comme autant d'expressions particulières d'une cause commune, mais diversifiée dans ses modes d'action, et c'est à ces états variés du muscle qu'il donne le nom de *modes de la rétraction*. Ces modes sont au nombre de cinq : 1° *la contracture* (simple plissement des fibres musculaires), elle peut être *temporaire* ou *fixe*, ou *chronique* ; 2° la *rétraction fixe* (c'est l'état du muscle contracturé guéri, mais resté court); 3° la *rétraction spasmodique* (contraction et relâchement alternatifs et involontaires). Ces alternatives peuvent ne se

succéder qu'à des intervalles plus ou moins longs, alors la rétraction spasmodique est intermittente, ou bien l'alternative est rapide et continue ; alors la rétraction spasmodique est permanente ; 4° la rétraction paralytique (incertitude et irrégularité des contractions qui ne sont pas abolies, mais qui ne peuvent être dirigées par la volonté); 5° La *résolution paralytique*. Chacun de ces modes de la cause se traduit dans la difformité en caractères spéciaux. Dans la contraction simple, augmentation ou diminution du strabisme par intervalles. Dans la rétraction fixe, durée constante de la déviation oculaire et de la gêne du mouvement en sens opposé ; cependant l'œil n'est jamais fixe dans sa position vicieuse, parce que les muscles droits s'insèrent presque parallèlement à l'axe antéro-postérieur de l'œil, le muscle raccourci, tiraillé par l'action de son antagoniste, s'applique d'abord contre la surface du globe oculaire, puis la déprime en forme de gouttière en refoulant les humeurs du côté opposé, se rapproche ainsi de la direction rectiligne et diminue d'autant les effets de son raccourcissement. Dans la forme *intermittente* de la rétraction spasmodique, strabisme passager survenant tout-à-coup et quelquefois pour un instant seulement. Dans la forme *permanente*, alternatives incessantes de déviation et de redressement incomplet, tremblement horizontal ou vertical de l'œil, ou autour de son axe antéro-postérieur. Dans la rétraction paralytique, mouvement conservé, mais en partie soustrait à l'influence directrice de la volonté. Dans la résolution paralytique, déviation de l'œil du côté opposé au muscle affecté, et impossibilité absolue de son mouvement dans le sens du redressement (fixité paralytique).

« Toutes ces distinctions non-seulement sont fondées en principes, mais sont encore d'une application féconde

dans la pratique. La contracture simple contre-indique, en général, l'emploi de la myotomie, parce qu'il est à craindre que l'affection nerveuse existante ne survive à la section du muscle et ne ramène la contracture après la cicatrisation. Dans le cas de résolution paralytique, il est évident aussi que la section du muscle qui entraîne l'œil et le maintient divisé ne pourrait rien changer à l'état des muscles paralysés. Mais la rétraction spasmodique ne contre-indique pas l'emploi de la myotomie ; quoique le muscle soit encore sous l'influence d'une affection nerveuse, l'expérience a montré que les chances de récidive sont moindres que dans le cas de contracture. Dans la rétraction paralytique, la section des muscles amène le renversement de l'œil ; mais les mouvements optiques de cet organe continuent d'ordinaire à être difficilement régularisés. Reste la rétraction fixe qui, dans tous les cas, constitue une indication formelle, absolue, de l'emploi de la myotomie. Enfin, une indication spéciale, relative seulement à la rétraction spasmodique intermittente, est que ce mode de rétraction n'entraînant pas le retrait consécutif du fascia, commande l'emploi du procédé *par ponction*, lequel permet de diviser les muscles en ménageant la presque totalité des membranes fibreuses.

«3° *Différents modes de distribution de la rétraction.* — Ce mémoire ne traite encore que des modes de distribution de la rétraction fixe. Qu'elle occupe les muscles droits ou les muscles obliques, elle se révèle toujours dans le strabisme, par des caractères relatifs à la *direction*, à la *forme* et aux *mouvements* du globe oculaire.

« *Muscles droits*. La rétraction d'un ou de plusieurs muscles droits amène, comme tout le monde le sait, la *déviation* de l'œil *directement* en dedans, en dehors, en haut, en bas, ou dans des directions intermédiaires. Ce-

pendant M. Guérin fait remarquer que le strabisme direct en dedans pourrait aussi bien appartenir à la rétraction combinée des deux droits supérieur et inférieur et du droit interne qu'à la rétraction isolée de ce dernier. En effet, le droit supérieur et le droit inférieur simultanément contractés, peuvent jouer le rôle d'adducteurs, comme M. Guérin l'a établi dans des travaux antérieurement publiés.

« Les changements de *forme* du globe oculaire qui caractérisent les différents modes de distribution de la traction dans les muscles droits, consistent en des aplatissements et des bombements partiels accompagnés d'un certain degré d'enfoncement de l'œil dans l'orbite, et dont le siége varie suivant le siége de la rétraction. Quand la rétraction n'occupe qu'un seul muscle, la partie la plus saillante du bombement correspond à peu près au point de la sclérotique qui occupe dans la position habituelle de l'œil la place de la cornée transparente; l'aplatissement a lieu à l'opposite de ce point. Quand la rétraction occupe plusieurs muscles droits, les déformations précédentes sont plus marquées, plus circonscrites, et ont leur maximum d'intensité suivant la résultante d'action des efforts et résistances musculaires. Si les quatre muscles droits sont rétractés, la partie antérieure de l'œil déprimée sur les quatre côtés correspondants prend une forme quadrilatère ; la cornée devient très-saillante, et le centre de la saillie est au centre même de cette membrane ; c'est dans ces cas surtout qu'on observe l'enfoncement de l'œil dans l'orbite. Le *mouvement* de l'œil en sens inverse de la déviation est limité en proportion du nombre des muscles rétractés ; on a vu tout à l'heure qu'il n'est jamais complétement aboli ; mais un fait à signaler c'est que, dans les strabismes très-prononcés en dedans ou en dehors, avec rétraction combinée des

deux muscles droits supérieur et inférieur, de l'un des droits interne ou externe, le mouvement de redressement est extrêmement limité. La raison en est que les deux premiers muscles devenus adducteurs sont alors presque perpendiculaires au plan vertical antéro-postérieur de l'œil, et s'opposent ainsi presque directement au redressement.

« *Muscles obliques.* L'auteur n'a jamais constaté la rétraction exclusive d'un seul ou des deux obliques; il l'a toujours rencontrée associée à celle des droits. Il a vu la déviation de l'œil en haut et en dedans ; dans ces cas l'opération et ses résultats immédiats ont permis de constater expérimentalement la rétraction de l'oblique inférieur et du droit interne; la déviation en haut et en dehors dans la rétraction de l'oblique inférieur et du droit externe; la déviation directe en dehors dans la rétraction des deux obliques et du droit externe; une déviation très-prononcée dans le même sens dans la rétraction des deux obliques, des droits supérieur et inférieur et du droit externe; enfin, une déviation en dehors et en haut dans quelques cas analogues aux deux précédents, mais où il y avait prédominance d'action du droit supérieur dans un cas, et de l'oblique inférieur dans l'autre. — Les *changements de forme* du globe oculaire dans le strabisme par rétraction simultanée des muscles droits et obliques, consistent en ce que la partie antérieure du globe oculaire est plus ou moins aplatie au niveau du muscle ou des muscles droits situés du côté de la déviation, et de plus offre une saillie dont le point culminant est plus antérieur que dans le cas de rétraction exclusive d'un seul muscle droit, et moins central que dans le cas où tous les quatre sont rétractés. L'œil, au lieu d'être enfoncé dans l'orbite, est au contraire plus ou moins prédominent et volumineux. Quant

au mouvement dans le sens du redressement, il est toujours extrêmement limité; l'œil ne peut plus arriver même à la rectitude. Cela vient de ce que les muscles obliques retractés ont, par suite de la déviation, une direction plus ou moins perpendiculaire à l'axe antéro-postérieur de l'œil, et s'opposent ainsi presque directement au déplacement de l'œil en sens inverse de son action. Ajoutons que, pendant les efforts de redressement, l'œil exécute des mouvements de rotation autour de son axe antéro-postérieur, mouvements qui traduisent clairement la résistance apportée par les obliques à ce redressement. »

β.) *Suture de la conjonctive après l'opération du strabisme.*—La note suivante de M. Cunier, lue à l'Académie royale de Belgique, est extraite du *Bulletin* de cette Compagnie, années 1842-43, p. 158-164:

« J'ai eu l'honneur de donner communication à l'Académie et à l'Institut de France, par une lettre en date du 16 octobre 1841, d'un moyen que j'ai imaginé et que je mets en usage pour obvier à la saillie plus ou moins prononcée que forme presque toujours le globe de l'œil, par suite de la chute de la caroncule lacrymale dans la profondeur de l'angle interne, après la section de l'adducteur, dans le strabisme convergent.

« A l'aide d'une aiguille courbe, très-fine, disais-
« je, je passe à travers la partie moyenne des deux
« lambeaux de la conjonctive, un point de suture
« que j'enlève dès le second ou le troisième jour,
« l'adhérence au globe ayant lieu alors (1). »

---

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, octobre 1841, vol VI, p. 46; — *Gazette médicale de Paris*, 30 octobre 1841. — 25.

« Cette description de la conduite que je tiens paraît n'avoir pas été bien comprise par quelques chirurgiens français, allemands, américains et anglais, qui ont voulu pratiquer la suture et l'ont proclamée impossible. D'autres, se fondant sur la prétendue facilité avec laquelle la conjonctive se déchire, ont aussi mis en doute la réalité de mes assertions.

« En présence de ces dénégations, de ces accusations, je dois à l'Académie, je me dois à moi-même, de compléter par de nouveaux détails ce que j'ai dit de la suture conjonctivale.

« Le procédé le plus généralement en usage, pour l'opération du strabisme, est celui de M. Dieffenbach. Ainsi que l'a si justement dit M. Ch. Phillips : « C'est « ce procédé qui a servi de base à tous les autres. « Le chirurgien de Berlin a, en effet, tout prévu : la « manière d'écarter les paupières, dont M. Stromeyer « n'a pas parlé, et qui a été cause des insuccès de « M. Fréd. Pauli (1) ; les deux airignes remplissant « l'office de doigts pour faire un pli à la conjonctive; « les ciseaux courbes, destinés à couper le muscle, « et enfin le crochet mousse qui va le saisir (2). »

« Je suppose donc que l'opération ait été pratiquée par ce procédé; que l'on se serve, pour écarter les paupières, du releveur et de l'abaisseur

---

Voir aussi dans l'*Allgemeine medicinische Central-Zeitung*, de Berlin, 1842, n° 5, mon article : *Ueber eine neue Anwendung der Myotomia ocularis, und über die Conjunctival-Nath nach der Operation des Schielens.*

(1) Et aussi des miens.

(2) Ch. Phillips. Du bégaiement et du strabisme, Paris, 1841, p. 35.

ou simplement de mon *speculum*, tel qu'il a été modifié par M. Kelley-Snowden.

« La section du muscle droit interne ayant eu lieu, et le débridement de la membrane fibreuse, que l'on aura pu juger nécessaire, ayant été opéré, je saisis de la main droite l'airigne interne, confiée à l'aide, et je la porte entre l'indicateur, le médius et le pouce de la main gauche, qui tiennent l'airigne externe. Les deux instruments se trouvent ainsi tenus parallèlement entre eux, et perpendiculairement à l'axe du corps; les bords des deux lambeaux de conjonctive, distants de 1 à 2 lignes au plus, sont maintenus à 2 ou 3 lignes de la sclérotique mise à nu.

« Prenant alors de la main droite une aiguille courbe très-fine, armée d'un morceau de fil gris, dit de Lille, je traverse le lambeau externe de dehors en dedans, à une demi-ligne sous l'implantation du crochet externe; j'engage la pointe dans la face interne du lambeau interne, à la même distance sous l'implantation du crochet interne. Dès que l'aiguille a pénétré de 2 ou 3 lignes au-delà de la face externe du lambeau interne, je dégage les deux airignes, j'en remets une à l'aide, je place le crochet de l'autre sous l'aiguille, de manière à faciliter le passage de cette dernière, qui est poussée en avant, jusqu'à ce que sa partie moyenne soit engagée; la saisissant alors vers la pointe, avec l'indicateur et le pouce de la main droite, je la tire dans la direction de l'angle externe de l'autre œil, jusqu'à ce que la pointe ait dépassé d'un pouce environ cette partie. M'étant débarrassé de l'airigne, dont le crochet appliqué sur la face externe de la conjonctive a formé obstacle, et a empêché la déchirure ou tout au moins le tiraillement de cette membrane, je vais prendre de la main gauche l'extrémité

libre du fil, et je forme avec l'autre extrémité fixée à l'aiguille et tenue de la main droite, un nœud double, que je serre modérément.

« Les deux extrémités du fil sont coupées à ras du nœud, et l'opération est terminée.

« La figure jointe à ma communication (1) facilitera l'intelligence des divers temps opératoires que je viens de décrire minutieusement.

« Suit-on la pratique de M. Carron du Villards; se sert-on, pour former le pli, d'une airigne implantée près de la cornée et d'une pince à dents de rat, placée près de la caroncule lacrymale : la suture est d'une exécution plus facile encore.

« Les deux lambeaux étant tendus, l'externe est traversé à une demi-ligne sous le crochet de l'airigne; la pointe de l'aiguille est ensuite engagée dans la portion du lambeau interne qui est tenue entre les branches de la pince, qui forme obstacle et permet de faire passer aisément le fil; la pince et l'airigne sont dégagées, et on forme le nœud.

« Ainsi que je l'ai écrit en 1841, le fil dont je me sers n'est point ciré; sa présence ne détermine dans l'œil aucune gène, aucune espèce de sensation. Dans le principe, je l'enlevais dès le second ou le troisième jour; depuis plus d'un an, j'attends qu'il se détache spontanément; ce qui a lieu du quatrième au septième jour. Parfois, il ne se détache qu'après dix, douze et même vingt jours, après que la rougeur traumatique du globe a déjà disparu.

« Lorsque deux ou trois muscles ont été divisés,

---

(1) Cette figure est reproduite fig. 5 de la planche annexée à ce volume.

j'ai placé impunément deux ou trois points de suture.

« J'ai cru devoir recommander de ne pas mettre les deux lambeaux en contact immédiat, craignant que cette pratique n'occasionnât la persistance du strabisme. L'expérience m'a appris que cet inconvénient, lorsqu'il a été observé, ne survenait point par l'effet de la suture, mais qu'il était uniquement dû à ce que l'on avait fait passer l'aiguille à une trop grande distance sous l'implantation des airignes. C'est cette observation qui m'a porté, plus tard, à combiner l'emploi de la suture avec l'excision d'un lambeau de conjonctive, pour remédier, dans quelques cas, au strabisme externe et à la proéminence du globe, suites de la section du droit interne (1).

« Si, en d'autres mains que les miennes, la suture n'a pas réalisé ce que j'en ai dit, c'est que la conjonctive aura été déchirée pendant l'introduction de l'aiguille, ou que l'œil n'ayant pas été immédiatement recouvert d'un bandeau, des mouvements violents d'abduction auront produit cette déchirure; ou bien encore que le fil aura été passé à une trop grande distance des bords des lambeaux de conjonctive (2).

« Plusieurs membres de l'Académie, MM. Broeckx, Burggraeve, De Lavacherie, François, Hairion,

---

(1) Voir ma lettre, en date du 15 novembre 1841, adressée à l'Académie royale de médecine de Belgique : *Annales d'Oculistique*, tome VI, p. 95. — Voir aussi dans l'*Allgemeine medicinische Central-Zeitung*, de Berlin, 1842, n° 5, mon article cité plus haut.

(2) C'est ce qui paraît être arrivé à M. Peyré (*Traité du strabisme*, 1842).

Lequime, Phillips, Rieken, Van Meerbeéck, qui m'ont quelquefois fait l'honneur d'assister à ma consultation, m'ont vu pratiquer la suture conjonctivale. Je l'ai faite devant MM. les membres des Sociétés de médecine d'Anvers et de Willebroeck, et dans mon Institut ophthalmique, en présence de plus de cent médecins belges et étrangers, parmi lesquels je citerai MM. Vict. Uytterhoeven, Trumper, Bulckens (de Malines), Scherrer (de Baden-Baden), Carron du Villards, Paul, Van den Broek, etc. Un grand nombre de ces honorables confrères ont pu suivre les résultats de mon addition aux procédés ordinaires de la strabotomie. Je fais particulièrement appel au témoignage de M. le docteur Phillips, dont la compétence, dans la question que je soulève, sera reconnue de toute la Compagnie.

« Il est vrai que la suture prolonge l'opération de près d'une minute; mais elle met à néant le seul reproche grave et fondé qui ait été formulé contre la strabotomie : celui de produire fréquemment la saillie du globe. M. Bonnet (1) a noté cette saillie chez tous ses opérés : « Souvent, dit M. Velpeau (2), « elle est aussi choquante que le strabisme lui-« même. » A Paris et presque partout ailleurs, cette saillie, parfois si désagréable, a suffi pour faire tomber en discrédit une des plus belles conquêtes de la chirurgie contemporaine.

« J'ose espérer que l'Académie voudra bien nommer une commission chargée d'examiner la note dont je viens de donner lecture, aussi bien que les

---

(1) Traité des sections tendineuses, p. 152.
(2) Du strabisme, p. 80.

opérés que j'aurai l'honneur de lui présenter (1). »

γ.) *Mode de cicatrisation des muscles de l'œil après l'opération du strabisme.*—M. Lucien Boyer a mis sous les yeux de l'Académie de médecine de Paris (séance du 20 décembre) une pièce d'anatomie pathologique qui présente la cicatrisation du muscle droit interne de l'œil, coupé dans l'opération du strabisme vingt-trois mois avant la mort :

«Une jeune fille de douze ans, affectée d'un strabisme convergent très-prononcé de l'œil droit, fut opérée par M. L. Boyer le 21 janvier 1841. Le résultat de l'opération fut une guérison prompte et complète ; l'œil reprit sa direction régulière et recouvra rapidement ses mouvements, ceux d'adduction eux-mêmes redevinrent complets, la cornée pouvant se porter jusque dans l'angle interne de l'œil. Ce résultat s'est parfaitement maintenu jusqu'au jour de la mort, qui a eu lieu le 17 décembre 1842, par suite d'une affection tuberculeuse dont les premiers symptômes ne se sont manifestés que dans le cours de cette année.

« Une circonstance remarquable de cette opération, qui a eu pour témoins MM. Breschet, Capuron, Amussat et plusieurs autres médecins, c'est que l'œil, avant l'opération, ne pouvait distinguer aucun objet, à tel point qu'un chirurgien très-compétent sur cette matière le considérait dès-lors comme amaurotique. Aussitôt après l'opération il a pu reconnaître une clef, une pièce de cinq francs et plusieurs autres objets. Cette faculté visuelle acquise par le bénéfice de l'opération s'est main-

---

(1) Cette note a été renvoyée à l'examen de la 3e section de l'Académie. Voir *Bulletin de l'Académie*, 1842-1843, n° 3, p. 164.

tions désirables d'organisation définitive. Il n'y a donc pas lieu de supposer qu'une épreuve plus prolongée eût pu être défavorable au résultat de l'opération. Ce fait est sous ce rapport encore conforme à l'expérience, aujourd'hui acquise, qui prouve que s'il a pu y avoir dans le principe des insuccès dus à des opérations incomplètes, trop étendues, ou pratiquées suivant des procédés défectueux, les guérisons obtenues se maintiennent jusqu'à ce jour sans récidive. (*Gazette des hopitaux*, 22 décembre, pag. 709.)

27. *Lésions mécaniques du globe de l'œil.* — Nous trouvons dans les *Archives générales de médecine*, (octobre 1842) l'observation suivante d'un corps étranger qui a séjourné pendant trois ans dans l'intérieur de l'œil :

Obs. — M. Beg..., chef d'atelier au chemin de fer de Versailles, aidait à enfoncer un coin en acier sur lequel on frappait avec un long marteau de fer, quand tout-à-coup il ressentit un choc violent dans l'œil, bientôt suivi d'un écoulement aqueux.

Le lendemain, la douleur persistant et la vue ne s'étant pas rétablie, il consulta M. le docteur Sichel, qui, après avoir constaté une perforation de la cornée, dit au blessé qu'il ne fallait plus compter sur le retour de la vue, et lui prescrivit un traitement antiphlogistique sévère pour prévenir les accidents inflammatoires qui, en effet, furent très-modérés. Six semaines après, environ, la cornée se cicatrisa, et la faculté que conservait M. Beg... de distinguer le jour de la nuit se perdit complétement au bout de dix-huit mois.

Pendant deux ans aucun accident ne s'était manifesté, lorsque, tout à coup, des douleurs atroces se développèrent dans l'œil et le côté correspondant de la tête : quatre jours s'étaient écoulés que déjà ces douleurs,

inutilement combattues par les sangsues et les narcotiques, se dissipèrent spontanément. A la fin de février 1842, trois ans et demi après l'accident, de nouvelles douleurs oculaires conduisirent M. Beg... chez le docteur Castelnau, qui constata une injection de la conjonctive et une saillie conoïde de la cornée parfaitement opaque. L'œil était affaissé comme s'il eût perdu une partie de ses humeurs. Le malade ne pouvait se coucher sur le côté droit, depuis quelque temps, sans éprouver des douleurs plus vives.

Nouveau traitement par les narcotiques et les réfrigérants, sans plus de succès que le premier. Augmentation de la rougeur et de la douleur; et, après quelques jours, on put voir au sommet de la saillie de la cornée un petit angle solide de consistance et d'aspect métalliques. L'extraction de ce corps, proposée au malade, ne fut acceptée qu'un peu plus tard. — Alors l'angle du corps étranger soulevait la paupière supérieure et faisait saillie d'une ligne sur la cornée, où il était enchâssé. Une incision d'une ligne de longueur fut pratiquée de chaque côté du corps étranger dans le but de détruire ses adhérences intimes avec les tissus environnants. La dissection avec un bistouri à lame étroite permit d'arriver jusqu'à la partie postérieure de ce corps, qu'on ne pouvait tirer en avant sans produire d'horribles douleurs. L'opérateur fut obligé de couper les adhérences postérieures avec des ciseaux courbes et pointus; et il fut alors facile d'extraire le corps étranger, qui était un fragment de fer ayant la forme d'un prisme triangulaire: sa longueur était de 13 millimètres; sa largeur de 5 millimètres, et son poids de 75 centigrammes; ses arrêtes et ses angles sont tous très-tranchants. — Les douleurs oculaires diminuèrent une heure après l'opération, et le travail de cicatrisation ne tarda pas à com-

bler l'excavation qu'occupait le corps étranger. — Aujourd'hui l'œil est affaissé, la cornée est d'un gris opaque, la sclérotique a conservé sa couleur naturelle.

Un matelot s'étant présenté chez le docteur Lallemant à Rio de Janeirio, (*Revista medica fluminense publicada pela Academia imperial de medicina de Rio de Janeiro*) pour réclamer ses soins pour une blessure de l'œil, ce médecin trouva le cristallin fixé au mouchoir qui couvrait la partie. L'œil n'était nullement affaissé. Après un examen difficile à cause de la photophobie, M. Lallemant découvrit que la cornée offrait une plaie équivalant au quart de la circonférence de cette membrane. L'iris ne prolabait pas. Des antiphogistiques furent mis en usage, et après cinq jours, l'œil ne conservait presque plus de rougeur et la vue s'exerçait assez bien.

M. le docteur Krieg (*Casper's Wochenschrift*, 1842, n° 42) donne les détails ci-dessous, sur les suites de la piqûre d'une abeille :

« Dans l'été 1839, je fus consulté par F. K., homme vigoureux, âgé de 60 ans, pour une inflammation de l'œil gauche. Cet homme me raconta qu'il avait été piqué, il y a cinq semaines, à l'œil par une abeille et que l'œil s'était enflammé immédiatement après d'une manière extrêmement douloureuse. Il ajoutait que le médecin auquel il s'était adressé avait retiré l'aiguillon et qu'il lui avait prescrit différents médicaments à l'effet de combattre l'inflammation, mais que, malgré cela, l'état morbide de l'œil avait toujours empiré. En effet, je trouvai, en examinant soigneusement l'œil, non seulement la conjonctive hypertrophiée, mais encore que la cornée était déjà couverte d'un pannus, de manière qu'on ne pouvait pas constater l'état des chambres de l'œil, ainsi

que celui de l'iris et de la pupille. Néanmoins on ne pouvait pas douter de la participation à la maladie des parties intérieures du globe de l'œil, à cause de la durée et du degré du mal, ainsi que du siége des douleurs, qui étaient telles qu'au dire de M. K., le globe de l'œil menaçait de se crever, de dedans en dehors. J'observai au moyen de la loupe, presque au milieu de la cornée, une place équivalant à la grandeur d'un grain de millet, plus foncée et un peu élevée, de laquelle la formation des vaisseaux paraissait s'irradier et qui me signala la blessure originaire produite par la piqûre.

« En touchant cette place latéralement, je découvris dans son intérieur une résistance, et bientôt après je parvins à en extraire, au grand étonnement du malade, une long aiguillon d'abeille. Déjà, quelques jours après, les produits de l'inflammation commençaient leur marche rétrograde, les douleurs diminuant en même temps de plus en plus. Après quatre semaines, la cornée était de nouveau devenue transparente à un degré tel que je pouvais distinguer la pupille immobile et très-dilatée, ainsi qu'un épanchement lymphatique qui se trouvait dans la chambre antérieure de l'œil et s'étendait jusqu'à la marge inférieure de la pupille. Il s'écoula encore plusieurs semaines avant que la résorption fût terminée et que l'œil fût entièrement guéri. Les changements vraiment singulier qui ont persisté après la maladie et que je retrouvai encore après 3 ans, sont les suivants :

« 1. La couleur de l'iris qui était auparavant, ainsi qu'elle est encore en ce moment à l'œil droit resté sain, d'un bleu sale, présente à l'œil gauche qui a été malade le bleu le plus pur.

« 2. La pupille est dilatée et ne subit aucun changement par son exposition à la lumière.

« 3. La marge-pupillaire est tirée d'une manière presque imperceptible en bas et en dehors.

« 4. M. K. était avant la maladie presbyte ; actuellement il ne l'est que de l'œil droit. L'œil qui a été malade au contraire ne voit bien que de très-près, et M. K. ne peut pas s'en servir, par exemple, à la chasse. Il peut, du reste, lire avec cet œil l'écriture la plus fine.

M. Bonnet a recommandé dans l'opération de la cataracte par extraction de fixer l'œil, comme on le fait dans le strabisme (1). M. Bouchacourt (*Mémoires de la Société médicale d'Emulation de Lyon*) a pris la même précaution pour extraire un corps étranger qui s'était fixé dans l'œil (2). Son malade était un tailleur de pierres qui, la veille, avait reçu dans la cornée de l'œil droit un éclat de pierre dure.

On avait fait, mais sans succès, quelques tentatives pour extraire ce corps étranger. M. Bouchacourt, examinant ce malade, put constater que la cornée avait été entièrement traversée, et qu'un petit fragment de pierre jaune, occupant la chambre antérieure, s'engageait à travers la pupille fortement resserrée et semblait pénétrer dans la capsule cristalline. L'œil était rouge, sensible à la lumière et très-douloureux. Comme le corps étranger ne faisait pas la plus légère saillie à la surface de l'œil, on ne pouvait penser à l'extraire simplement avec des

---

(1) Voir le mémoire de M. Pétrequin (*Annales d'Oculistique*, vol. VI, p. 193 et 241; vol. VII, p. 34).

(2) M. Cunier avait déjà tenu cette conduite. Voir *Annales d'Oculistique*, vol. VII, p. 139, note de M. le docteur Van den Broeck.

pinces ; il fallait à la fois rendre l'œil immobile et agrandir la plaie accidentelle pour aller saisir le fragment de pierre. M. Bouchacourt eut alors l'idée de saisir la conjonctive malade près du grand angle avec des pinces à griffes destinées à l'opération du strabisme. Ces pinces , ayant été confiées à un aide, la plaie fut agrandie avec un couteau à cataracte et la pierre saisie avec une très-petite pince à pupille artificielle. Il sortit en même temps quelques gouttes d'humeur aqueuse et un petit fragment de cristallin. On devait s'attendre à une inflammation très-violente; et en effet il y eut pendant une quinzaine de jours des accidents qui auraient amené la perte de la vue si on ne leur avait opposé un traitement fort énergique.

FIN.

# TABLE

DES

# MATIÈRES.

PRÉFACE. Pages.

§ I. *Anatomie et Physiologie.*

### § II. *Maladies des organes lacrymaux.*



### § III. *Maladies de l'orbite.*



### § IV. *Maladies des paupières.*

§ V. *Maladies du globe de l'œil.*

FIN DE LA TABLE.

NB829

